



ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Severiana da Cruz Delgado

A Intervenção de Enfermagem na Geriatria

2014

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para Obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem em 2014.

Discente:

Severiana da Cruz Delgado

A Intervenção de Enfermagem na Geriatria

Orientadora:

Enf^a Angelíta Monteiro

Mindelo, 10 de Julho 2014

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico este trabalho a mim mesma, por ter superado os vários obstáculos encontrados durante este percurso, principalmente no que diz respeito a questão financeira. Vi que não tinha forças para seguir em frente, mas se hoje estou aqui é graças a minha confiança em DEUS, FICASE, (Presidente desta Instituição Felisberto Moreira), minha Família, especialmente meu irmão Eng.º Fernando Delgado, meu Tio Antônio Delgado, meu namorado João Delgado que foram meus grandes adjutores, a minha Avó, mesmo ausente, mas sei que ela está sempre comigo, minhas amigas (Maria da Luz Brandão, conhecida por Náná, com 96 anos de idade, residente em Santo Antônio, Maria da Luz Santos conhecida por Lutchinha de 87 anos de idade, residente em São Vicente (...), entre outros amigos que durante esses quatro anos estiveram comigo nessa trilha de Enfermagem.

AGRADECIMENTO

A caminhada foi longa! Mas com ajuda de todos foi possível chegar ao fim, com muito capricho, empenho, coragem, virtude (...), neste sentido devo o meu voto de gratidão á:

Primeiramente a **DEUS** que conservou-me de pé até o presente momento, deu-me forças para chegar até aqui para cumprir mais essa grandiosa etapa na minha vida.

Ao meu irmão Eng.º Fernando Rocha Delgado por meter ajudado no princípio e fim dessa carreira de enfermagem, ao meu duplo Tio querido Antão Plácido D. Graça, juntamente com a sua Esposa e Filhos que ambos são muitos queridos, uma vez que ajudaram-me imensamente na habitação e noutras ocasiões. Aos meus pais, principalmente a minha Mãe que é a luz e razão da minha respiração e os meus Padrinhos -Sr. Severiano e Srª Ernestina.

Aqueles que ajudaram-me muito, principalmente os meus Irmãos (Enf.º Caetano Rito Delgado, Osvaldino R. Delgado, Conceição M. Delgado, Joana Baptista Delgado, o tradutor do resumo Prof. Danielson Évora (...) a minha grande e sempre amiga desde infância Danisia Helena Rodrigues e os que acreditaram em mim (familiares, amigos, conhecidos, colegas), pela minha força, coragem, de ser bom profissional de saúde. Meu namorado João Delgado que me tem ajudando muito, pelos momentos de *Stress*, Amor, (..)

A minha orientadora Angelita Monteiro pela simpatia, disponibilidade e orientação.

Aos meus queridos amigos do Centro de Juventude de São Vicente (Coordenador Manuel Lopes Fortes, a Psicóloga-Maria do Carmo do Rosário Monteiro, as professoras de UNI - Mindelo Senhoras: Sheila S. Dias Gomes, Prof. Risanda Soares pela força, coragem, animo e empenho durante esta etapa da minha vida. Um especial Obrigada! Muito Obrigada!

Aos meus colegas de turma, docentes, e profissionais de saúde de todos os Serviços Hospitalares, doentes que me ajudaram muito durante este percurso universitário na área de Enfermagem. Aos idosos, profissionais de saúde, e familiares/cuidadores, do serviço de Medicina que participaram nas entrevistas, pela cooperação sempre com entusiasmo e disponibilidade, sabendo que sem eles, os objectivos traçados não seriam alcançados.

Ao Instituto Superior de UNI -Mindelo, especialmente (Reitor do mesmo), que ajudou-me a crescer como pessoa e como Futura profissional, cultivando em mim, ainda mais, o gosto pelo saber e pela investigação na área de saúde (...).

EPÍGRAFE

*“Nascer é uma possibilidade,
Viver é um risco,
Envelhecer é um privilégio”.*

Marcelo Salgado

[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades, talentos e capacidades individuais e não um grupo homogêneo por causa da idade. (Kofi Annan, ex-secretário geral da ONU, durante a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento Humano, Madri, 2002).

I-nteligentes na sabedoria do presente sem esquecer o passado

D-ependentes dos terceiros para satisfazer as actividades básicas da vida

O-rgulhosos em demonstrar o que realmente sentem

S-ensíveis em qualquer agressão do meio

O-ptimistas em aconselhar as outras faixas etárias

S-impáticos com as suas características pessoais

Autora: Severiana Delgado

RESUMO

A presente pesquisa de investigação na área de enfermagem trata-se do estudo de natureza qualitativa e quantitativa que teve como objectivo de conduzir o processo de afluência no envelhecimento/doenças, com intervenções dos enfermeiros no que tange os cuidados das pessoas idosas que são portadores de doenças crónicas, com propostas cruciais de evitarem certas complicações.

As pessoas idosas são consideradas frágeis e vulneráveis na sociedade, onde os profissionais de saúde devem actuar mais eficazes de forma a prolongar essa faixa etária com mais qualidades de vida e conforto. A velhice não pode ser definida pela simples cronologia e sim pelas condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais das pessoas idosas. O envelhecimento da população é um processo contínuo e inevitável na vida, e a profissão de enfermagem, que tem por missão responder às necessidades, deve pôr tudo em prática para que os idosos se mantenham o mais tempo com o qual todos deparam diariamente na sociedade. A taxa de envelhecimento tem vindo a aumentar, fazendo com que haja uma crescente preocupação com a forma como se envelhece com determinadas doenças mais comuns nos Idosos. Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, interrogando sobre a necessidade de dar mais atenção à prestação a estes.

Assim para a realização do trabalho, intitulado “**A intervenção de enfermagem na geriatria**” todo o percurso decorreu em São Vicente no HBS no serviço de medicina, com uma entrevista semi-estruturada com 30 participantes, dez (10) idosos internados, dez (10) enfermeiros e também contou com a participação de dez (10) familiares dos idosos dependentes no domicílio, garantido completamente o sigilo e a não identificação dos entrevistados de forma ética de uma pesquisa de investigação.

Portanto com o crescente envelhecimento populacional, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem estar preparados cientificamente, não somente para minimizar as complicações das doenças causados por multifactores, mas também intervindo nas quatro fases de intervenção de saúde: promoção, prevenção, cura e reabilitação, a forma de melhorar assim mais a qualidade de viver.

Palavras-chave: Geriatria, Idoso, Envelhecimento/Doenças, prevenção das Complicações das Doenças crónicas, Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

This investigation research in the area of Nursing; is a study of qualitative and quantitative nature; in which the main objective is to analyse the affluence in ageing/illness; with the contribution of Nurses on old people carrying chronic disease, and then presenting important ideas and proposals to avoid further complications.

Old people are considered fragile and vulnerable in society; so health professionals should and must work harder and harder in order to prolong and extend this age stage, providing them with better life conditions (quality of life). Old age cannot be defined simply by Chronology; but yes, By the Physical, Psychological, Social and Functional conditions of old people. Ageing is a continuous, permanent and inevitable process of life, so the Nursing professionals have as a main objective or as a “*mission*”: to work hard and find answers to care for sick and old people and guarantee that they can live and last for a much longer period of time. The ageing rate is growing all the time, making us think on the ways people are getting old, carrying with them the most common diseases. Our Society is getting old, so there is a need for people to question themselves about how to care for this people.

So this work was entirely done in São Vicente; at HBS, in the Medical Services Centre, with a semi-structured interview with 30 participants; being 10 admitted old people; 10 Nurses and 10 relatives of the admitted old people; not showing the identities of the interviewed people as it is normal and ethically correct in an Investigation research.

With this phenomenon of ageing growing, Health Professionals, mainly the *Nurses* should not only be scientifically prepared to minimize the illnesses caused by the multifactor, but also to intervene in the four Phases of Health Intervention which are: Promotion / prevention / Cure and Rehabilitation, as a way to guarantee better life conditions to these old people.

Key – words:Geriatrics old people, ageing / illnesses, preventing chronic diseases complications, Interventions of Nursing.

ABREVIATURAS E SIGLAS

UNIMSV- Universidade do Mindelo em São Vicente

TCC-Trabalho de Conclusão de Curso

HBS- Hospital Baptista de Sousa

OMS -Organização Mundial de Saúde

HTA -Hipertensão Arterial

ICC -Insuficiência Cardíaca Crónica

DM- Diabete Mellitus

DRC -Doença Renal Crónica

DPOC -Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DCNT- Doença Crónica Não Transmissíveis

SNSCV- Serviço Nacional de Saúde Cabo Verde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

IRC- Insuficiência Renal Crónica

HVE-Hipertrofia Ventricular Esquerda

PAS-Pressão Arterial Sistólica

PAD-Pressão Arterial Diastólica

AVDs - Actividades de Vida Diárias

NBF- Necessidades Básicas Fundamentais

TAB – Tabelas

PNS- Política Nacional de Saúde

FIG-Figuras

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I.....	3
A PROBLEMÁTICA E O QUADRO TEÓRICO: PROBLEMAS GERONTOGERIÁTRICO	3
1.Problemática e Justificativa.....	4
2. Contextualização sobre Envelhecimento e Conceito de Velhice/Idoso.....	6
3.Breve História sobre a Geriatria.....	8
3.1.Definição de Gerontologia e Geriatria e seus objectivos	9
4.Conceito de Doenças Crónicas nos Idosos.....	10
4.1.Tipos de Doenças Crónicas comuns nos idosos e suas complicações Nível Mundial ..	11
1.Doença Cardiovascular (Insuficiência Cardíaca Crónica).....	11
2.Doença do Sistema Endócrino (Diabete Mellitus)	13
3. Doença do Sistema Cérebro Vascular (Acidente Vascular Cerebral – AVC).....	14
4. Doença no sistema Músculo- Esquelético (Osteoporose)	16
5. Doença do Sistema Respiratório (Pneumonia)	17
6.Doença do Sistema Nefro -Urológico (Insuficiência Renal Crónica)	18
4.2.A incidência das Doenças mais Comuns nos Idosos no Hospital Baptista de Sousa em São Vicente.....	19
4.3. Factores de Riscos das Doenças nos Idosos	20
4.4.Princípios de Prevenção Primária e Secundária das Complicações das Doenças Crónicas nos Idosos	22
CUIDAR DOS IDOSOS: UM PANORAMA INTEGRADORA NA FAMÍLIA E ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA	Erro!
Marcador não definido.	
5.O Idoso no Contexto Familiar com Doenças Crónicas.....	24
6.Conceito de Saúde para as Pessoas Idosas	26
7.Educação para a Saúde nas Pessoas Idosas e Comunicação: Processos Holísticos.....	27
8. Cuidados de Enfermagem: Visão Multidimensional	28
9.Intervenções de Enfermagem na Área Gerontogerítrica	30

CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA	32
Metodologia.....	32
Questão de investigação	33
Justificação da pesquisa.....	34
Tipo de estudo	34
População/Amostra.....	35
Variáveis do estudo	36
Hipóteses	36
Instrumento de recolha de Dados	37
Procedimentos Éticos	39
Tratamento de dados.....	39
Análise de Dados	40
1.Apresentação de dados da população - alvo	41
1.Características sócio- demográficas dos idosos internados no serviço do HBS em São Vicente.....	41
Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	41
2.Analise e interpretação de conteúdo dos entrevistados.....	44
Entrevista com os Idosos internados.....	44
2.Características Socio-demográficas dos Profissionais de Saúde do Serviço de Medicina no HBS em São Vicente: Enfermeiros.	59
Entrevista com os enfermeiros.....	60
3.Características sócio -demográficas dos familiares dos Idosos internados no serviço de Medicina -São Vicente	64
Entrevista com os familiares.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
Dificuldades e Limitações da Pesquisa	69
Propostas do Estudo da Pesquisa	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das doenças mais comuns na geriatria em São Vicente referente 2012/13	20
Gráfico 2: Distribuição segundo género dos Idosos	41
Gráfico 3: Distribuição segundo a situação conjugal dos idosos	42
Gráfico 4: Conceito de saúde na opinião dos idosos	86
Gráfico 5: Conceito de doenças na opinião dos idosos	86
Gráfico 6: Opinião dos idosos internados sobre os factores que desenvolveram as suas doenças	87
Gráfico 7: Opinião dos idosos sobre formas de diminuir as complicações das doenças....	87
Gráfico 8: Conceito de doenças nos idosos de acordo com os enfermeiros.....	88
Gráfico 9: Opinião dos enfermeiros na reacção dos idosos internados com doenças	88
Gráfico 10: Opinião dos enfermeiros quando se deve começar a prevenir as complicações das doenças	89
Gráfico 11: Conceito de idosos segundo os familiares	90
Gráfico12: Percentagem dos familiares que sofrem de doenças crónicas.....	90

ÍNDICE DE TABELAS

Tab 1: Repartição segundo a idade dos idosos	41
Tab 2: Repartição segundo nº de filhos, netos e bisnetos	42
Tab 3: Repartição o nível de escolaridade nos idosos	43
Tab 4: Repartição segundo as doenças responsáveis pelo internamento dos idosos no serviço de medicina no HBS	43
Tab 5: Repartição de acordo com o nº de internamentos	44
Tab 6: Repartição de acordo com a idade dos enfermeiros	59
Tab 7: Repartição de acordo com o género	59
Tab 8: Repartição segundo as habitações literárias	59
Tab 9: Repartição segundo experiencia profissional dos enfermeiros	60
Tab 10: Repartição de acordo com laços dos familiares aos idosos	64
Tab 11: Repartição segundo o género dos familiares	64
Tab 12: Repartição de acordo com a situação conjugal dos familiares	64
Tab 13: Repartição de acordo com o nº de filhos	65

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Requerimento da Universidade do Mindelo para HBS, Hospital Baptista de Sousa.....	82
Anexo II: Requerimento do HBS para autorização da pesquisa.....	83
Anexo III: Termo de aceitação da orientadora da pesquisa	82
Anexo IV: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	85
Anexo V: A percentagem da opinião dos idosos sobre saúde/doença.....	86
Anexo VI: A opinião dos enfermeiros sobre doenças nos idosos.....	88
Anexo VII: Percentagem da opinião dos familiares	90

INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, é uma ratificação solicitada nesta instituição para concluir mais uma etapa na minha vida, uma vez que entende-se assim a pertinência da escolha do tema: **A Intervenção de Enfermagem na Geriatria**, cabe ainda referenciar que, é um documento académico para finalizar o meu Grau de Licenciatura na área acima referido, como forma comprovativa para enquadrar nas instituições de saúde.

De acordo com Braga, Tommaso e Salomão (2010:210), Com o envelhecimento populacional, houve uma mudança importante no perfil de doenças e de doentes. Esse processo, chamado de transição epidemiológica, aconteceu entre as décadas de 1940 e 1960, com a redução da taxa de fecundidade e a diminuição das mortes por doenças infecto-contagiosas, resultando no aumento de idosos com múltiplas co-morbidades.

Consequentemente, o tratamento ficou complexo e passou a envolver adesão a mudanças no estilo de vida desses idosos (*ibidem*).

A presença de doenças, especialmente as crónicas, e a existência de hábitos de vida considerados inadequados, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, entre outros, constituem as grandes vilãs para a saúde das pessoas idosas, pois contribuem para que essa perda se acelere. As alterações vão, ou não, sendo percebidas, mas a maioria delas, quando livre de doenças, pode ser considerada uma consequência normal do processo de envelhecimento. Passos (S/data:31)

Conforme salienta Ferreira (2013:3)

“Todos reconhecem que, muitas vezes, as dificuldades criadas pelo envelhecimento são de uma grande complexidade que as várias doenças, amiúde presentes vêm complicar. Há, portanto, que aprender a lidar com essa complexidade e multimorbilidade, tão frequentes no Idoso”.

O mesmo continua afirmando que, as pessoas idosas enfrentam desafios especiais de saúde. Muitos dos mais idosos perdem a capacidade de viver de forma independente por causa da dificuldade de locomoção, fragilidade ou outros problemas de saúde física ou mental e necessitam de alguma forma de cuidados de longa duração. A natureza desses desafios é diversa, mas destaca-se, claramente, o da saúde dos idosos, é, decerto, um dos maiores desafios para as famílias e as sociedades, e a presente situação obriga-os a enfrenta-la com determinação.

O tema e, consequentemente o trabalho a ser desenvolvido é de extrema importância, na medida que é realizado por uma futura Profissional na área de Saúde, sabendo que o envelhecimento é um fenómeno inevitável, é um facto que não podemos censurar, dado que é um percurso natural da vida. Este estudo permite-me aprofundar mais conhecimentos, voltada para área de Geriatria, sendo que muitos estudos demonstram o aumento da população idosa está a aumentar cada vez mais este fenómeno na sociedade enfrentando esses desafios de doenças prolongadas no quotidiano.

Pois, o enfermeiro pode e deve actuar de forma a melhorar a qualidade de vida nas pessoas idosas, englobando a educação em saúde, e a realização da assistência de cuidados qualificados de longa duração.

Assim, a presente pesquisa de investigação centrou-se numa pesquisa de revisões bibliográficas, artigos retirados na Internet e também contou com o estudo no campo empírico com uma entrevista semi-estruturada.

Ao desenrolar do trabalho vai ser estruturado em **Dois Capítulos**, ou seja em duas partes textuais.

O **Capítulo I** inicia-se com a Problemática em questão, o quadro Teórico na qual desembarca assuntos essenciais como: Contextualização sobre Envelhecimento e conceito de Idoso/Velhice, breve história de Geriatria, Conceito de Doenças crónicas, outros assuntos importantes, alude-se também, demonstrar a Incidência das Doenças mais comuns nos Idosos no HBS em São Vicente. Ainda no mesmo Capítulo vai ser abordado o cuidar holístico dos Idosos: evidenciar o idoso no contexto Familiar, e cuidados de enfermagem na área gerontogeriatrica, e entre outros pormenores importantes.

No **Capítulo II**, descreve-se todo o decurso metodológico, ou seja, o estudo empírico em relação ao qual são apresentados de forma mais detalhada, o percurso metodológico utilizado, os objectivos do tipo de estudo. Na metodologia será abordada todos os procedimentos de uma metodologia, por fim, apresenta-se os dados considerados mais importantes e pertinentes sobre a problemática em estudo.

CAPÍTULO I

A PROBLEMÁTICA E O QUADRO TEÓRICO: PROBLEMAS GERONTOGERIÁTRICO

1. Problemática e Justificativa

Conceber uma problemática é escolher uma orientação teórica, explicitar o quadro conceptual da investigação, precisar os conceitos fundamentais e suas relações, construir um sistema conceptual adaptado ao objecto da investigação. Quivy e Campenhoudt (1998:100 e 101). De facto, ainda conforme sugere Fortin e Filion, (2009:143), o problema de investigação formula-se por via dedutiva. A formulação do problema tem em consideração a sucessão lógica dos elementos e das relações entre estes e os escritos aos quais o investigador refere.

A ideia para a elaboração deste estudo, no que diz respeito a Doenças na terceira idade, justifica-se pelo facto de que durante o percurso do Ensino Clínico de Enfermagem nos sectores de Saúde, houve a percepção de que os idosos são muito vulneráveis em Cabo verde e certamente no mundo inteiro. E estão sendo alcançados proporções epidémicas, uma vez que se encontram associados a complicações que comprometem o estado de saúde dos indivíduos portadores de doenças crónicas.

Pois, considerando a importância do processo de Envelhecimento/Doença, foi bastante preocupante ver o sofrimento nessa faixa etária. Daí que, os profissionais de saúde devem actuar, proporcionando, mais e melhores condições, visando a prevenção das doenças que mais afectam a terceira idade. Estes merecem uma boa qualidade de educação para a saúde, o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns, a prevenção de doenças e suas complicações, a orientação para a promoção (...), entre outros.

Portanto o enfermeiro deve ter como um dos objectivos da sua profissão prestar uma assistência de qualidade e intervir na promoção de saúde nessa faixa etária, potenciar os níveis de saúde, prevenindo complicações, maximizando o seu bem-estar no quotidiano.

Assim, o assunto a ser tratado é muito pertinente a nível genérico, sendo que, o fenómeno (Envelhecimento/doenças), está a ser elevado cada vez mais, logo como há vários factores de riscos que acarretam certas doenças nos idosos, tais como: Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) níveis elevados de Colesterol, Osteoporose, Problemas Mentais (demência, depressão), entre outros, este trabalho, proporciona uma reflexão crítica sobre o assunto desenvolvido, que apresenta a seguinte questão: **Qual a importância da actuação do Enfermeiro na Prevenção das Complicações das Doenças mais comuns na Geriatria?**

O objecto de estudo é um grupo de idosos doentes internados no sector de Medicina no HBS em São Vicente, mas também conta com a participação dos seus cuidadores e enfermeiros que trabalham no mesmo sector, este definido como Campo empírico é modelar, ou seja, apropriado para a elaboração do tema exposto, na medida em que há uma grande incidência de internamentos de idosos no sector em questão.

Como ponto de partida para esta investigação foi definido como **objectivo Geral**:

- Conhecer a importância da actuação dos enfermeiros e das pessoas que cuidam de idosos no tratamento das doenças mais comuns na geriatria e na prevenção das complicações.

Como forma de encontrar resposta científica para este objectivo, foram traçados os seguintes **Objectivos Específicos**:

- Compreender o envelhecimento e doença, como processo ao longo da vida,
- Analisar o conhecimento na área de geriatria,
- Apresentar a incidência dos tipos de doenças mais comuns nos idosos no HBS, em São Vicente, no sector de medicina, referente aos dois últimos anos,
- Adequar as noções de educação para a saúde e comunicação as pessoas idosas
- Reconhecer as principais actuações da família e enfermeiro na área Gerontogeriatrica,
- Propor estratégias para equipa de enfermagem e pessoas que cuidam dos idosos no que tange a prevenção das complicações das doenças mais comuns e promoção da saúde nos idosos.

2.Contextualização sobre Envelhecimento e Conceito de Velhice/Idoso

Durante muito tempo a atenção esteve quase exclusivamente concentrada na relação entre população e os recursos, no controlo dos nascimentos, na distribuição espacial da população (em particular o fenómeno Urbano), nas migrações, na desigualdade face á morte, na mudança familiar e nas novas gerações. Contudo, nos últimos vinte e trinta anos, um novo fenómeno emergiu nas sociedades desenvolvidas - **O Envelhecimento Demográfico**, Nazareth (1997:15).

De acordo com Focchesatto (2009:22), Segundo a OMS (2004), a proporção da População maior de 60 anos cresce mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário. Entre 1970 e 2025,é esperado um crescimento de 694 milhões. Em 2025, haverá, 1.200 milhão de idosos no Mundo. Para 2050,a expectativa é de dois bilhões, com 80%vivendo em países em desenvolvimento. Conforme Levet, (S/Data:83/84) o envelhecimento no homem não é somente sofrido, cada um procura conduzi-lo segundo as normas da sociedade a que pertence, e segundo o seu próprio sistema de valores. Envelhecer é um sistema muito complexo.

Na opinião de Phaneuf (2010:61), o envelhecimento da população é inevitável e a profissão de enfermagem, que tem por missão responder as necessidades, deve pôr tudo em prática para que os idosos se mantenham vivos o mais tempo. Envelhecer não é nem uma doença nem uma tara. Já Squire (2005:15) refere que, envelhecer é um facto da vida, só somos idosos uma vez. A experiencia de envelhecer é única-um processo multifacetado, dependente de um amplo espectro de factores fisiológicos, sociais, e psicológicos. Estes factores variam grandemente e não ocorrem ao mesmo tempo nem estão necessariamente relacionados com a idade de uma pessoa. Da mesma forma não ocorrem isoladamente e diferentes factores podem combinar-se, influenciado o futuro estado de saúde de uma pessoa idosa.

O envelhecimento é um processo inato; acompanha-nos a cada dia, em cada fase das nossas vidas, lentamente durante toda a nossa existência, sendo que é um percurso natural da vida, mas para Moníz (2003:45), embora o envelhecimento seja um processo natural e comum a todas as pessoas, decorrente do facto de se inscrever no ciclo da vida biológico, constituindo pelo nascimento, crescimento e morte, ele é vivido de forma variável consoante o contexto social em que a pessoa se insere.

Sendo que muitos autores expõem diferentes definições sobre o processo de envelhecimento, ainda com a opinião de Berger e Mailloux- Poirier (1995: 124-125),

“ O envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta”. De facto, é um processo contínuo de transformação do ser humano como ser único, quando nos referimos ao envelhecimento dos organismos vivos, logo, reflectimos num processo periódico de mudanças, caracterizado por um ritmo de adoecimento que são constantes na vida daqueles que encaram o envelhecimento, (*ibidem*).

Ainda que seja uma realidade, não é possível evitar por completo o envelhecimento, uma vez que se trata de um processo natural do ciclo de vida de todos os seres vivos, e, sendo assim, cabe-nos cuidar agora para que tenhamos um envelhecimento com qualidade e bem-sucedido.

A velhice fará, pois, parte do destino biológico do homem. Embora não exista ainda uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início, o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida. Nos seres Humanos, segundo determinadas correntes, as diferenças de envelhecimento são, em parte genericamente determinadas, mas são substancialmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e o ambiente, Costa (1998:48).

Conforme Silva, (2002:146) refere, *a velhice é esta grande desconhecida que transportamos dentro de nós, que nos rodeia e que não recebe a categoria cultural que merece*. Na concepção de muitas pessoas, cada um define este termo com conceitos diferentes, na forma de compreender que este facto na realidade é uma fase, transitória, segue ainda afirmando Carvalhais (2006:13), que a velhice é controverso, ser velho tem sido definido pela idade cronológica, pelo estado funcional ou pela ocorrência de determinados acontecimentos na vida (tais como a reforma ou a viuvez).

Na opinião de Paschoal (1999:26), as definições de idoso são descritas a partir dos diferentes pontos de vista, a saber: biológico, demonstrando que o envelhecimento ocorre desde a puberdade ou até mesmo desde a concepção; social referindo ao quadro cultural e social como influência no processo do envelhecimento; económico a partir do momento em que o sujeito deixa o mercado de trabalho e, finalmente, funcional, quando o idoso torna-se dependente para cumprir suas necessidades básicas.

A Declaração Nacional de política da População, apresentada pelo Governo em 1995, adoptou um conjunto de recomendações, com o objectivo de realizar uma política para a terceira idade, sendo de destacar: “ A promoção da integração dos idosos no processo de desenvolvimento, em particular no campo da educação, informação, apoia

acompanhamento familiar”; e a “Definição e implementação de uma política de protecção e previdência social direccionada para a terceira idade”, Tavares (2000:10).

A compreensão dos fenómenos inerentes ao envelhecimento da população passa pelo conhecimento aprofundado dos valores, comportamentos e atitudes que caracterizam a sociedade e a cultura do cabo-verdiano. Os idosos ocupam um lugar privilegiado na sociedade cabo-verdiana; são respeitados pelo facto de serem detentor de valores culturais tradicionais e de constituírem a camada da população com grande experiência e maior vivência; desempenham um papel importante na educação dos netos e na execução de algumas tarefas domésticas, (*ibid*:11).

Embora não exista nenhuma legislação em cabo Verde que defina com clareza a idade em que começa a velhice, as leis de aposentação, tanto da função pública como da previdência social, fixam o seu início em 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens. Os sistemas de aposentação vigentes no país (ordinária ou extraordinária, voluntária ou obrigatória) abrangem os indivíduos que tenham completado 60 anos de idade e 34 de serviço ou que tenham atingido o limite de idade mesmo sem ter completado os 34 anos de serviço. Segundo o art.º 6 do mesmo decreto-lei, tem direito à pensão o cidadão cabo-verdiano que apresenta um quadro social, individual ou familiar, particularmente vulnerável e que tenha mais de 65 anos de idade, (*ibid*:11).

3.Breve história sobre a Geriatria

A Geriatria nasceu no seio da Medicina, sendo sua origem muito recente e tem como objectivo principal o estudo dos aspectos clínicos das doenças de que os cidadãos em idades avançadas são portadores, Saldanha (2009:67).

Na opinião dos autores, Pereira, Schneider, Schwanke (2009:157), preocupações com longevidade, imortalidade e busca pela vida eterna estiveram sempre presentes na história da humanidade, podendo ser observadas na mitologia grega, em papiros do antigo Egipto e em escritos bíblicos. Em busca da Fonte da Juventude, Ponce de Leon descobriu a Flórida, nos Estados Unidos da América, no século XVI.

O mais antigo símbolo médico conhecido, o caduceu, originou-se na Mesopotâmia e foi encontrado em vasos datados de 2700 a.C. Este símbolo está intimamente relacionado à aspiração ancestral de rejuvenescimento, simbolizada pelas serpentes que, ao renovar suas peles, permanentemente se rejuvenescem, (*ibidem*).

Os Médicos e filósofos da antiguidade fizeram observações sobre doenças associadas ao envelhecimento. Na Grécia antiga, a teoria predominante de envelhecimento referia-se ao calor intrínseco, um dos elementos essenciais e o principal relacionado à vida. Hipócrates descreveu a velhice como fria e húmida, o que pode ter sido o início do reconhecimento da insuficiência cardíaca como afecção comum da terceira idade. Aristóteles, um século depois, apresentou sua teoria, também relacionando envelhecimento à perda de calor intrínseco. A vida consistiria na manutenção desse calor e de sua relação com a alma, que se localizaria no coração. Para se manter, o calor intrínseco necessitaria de combustível e, na medida em que este combustível fosse consumido, sobreviria o envelhecimento, (*ibid*:158).

3.1. Definição de Gerontologia, Geriatria e seus objectivos

De acordo com Fontaine (2000:15), a **gerontologia** tem por objecto o estudo todas as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas á acção do tempo no organismo (envelhecimento), independentemente de qualquer fenómeno patológico, enquanto a **Geriatria** representa o aspecto terapêutico da gerontologia. Ela estuda os meios para lutar contra os efeitos do envelhecimento. Ela, interessa, por isso, á Farmacologia, que cria e aperfeiçoa os tratamentos. Ainda por outras palavras, deacordocom Gorjão Clara (2013:3), internista e cardiologista, especializado em geriatria, «A Geriatria e a Gerontologia são de facto ciências complementares, por isso muitas sociedades se denominam de Geriatria e Gerontologia, sendo que Gerontologia dedica-se ao estudo fisiológico, normal, do envelhecimento em si, enquanto a Geriatria pode ser definida como o ramo da medicina que se ocupa dos idosos, não só do ponto de vista físico, como também emocional e social, psiquiátrico e psicológico. Continua sugerindo o mesmo autor que é óbvio, que para se saber tratar das doenças dos idosos é necessário conhecer primeiro o processo de envelhecimento, só assim se poderá fazer a distinção entre o envelhecimento e a doença em si. Pois, é um dos desafios que se coloca ao profissional que está a tratar o idoso, perceber em que medida deve intervir, porque se trata de uma situação de doença que deve ser tratada, no processo de envelhecimento.

De acordo com Ávila Fematt (2010:51), o principal objectivo da geriatria é a manutenção e recuperação funcional dos idosos para alcançar o grau máximo de autonomia e independência, para que a sua reintegração para facilitar uma vida auto-suficiente no ambiente familiar e habitual. Conforme argumenta Mónaco (2005:21) que os objectivos

essencialmente da geriatria incluem do mesmo modo na versão do autor anterior, com manutenção da saúde em idades avançadas, manutenção da funcionalidade, prevenção de doenças, detecção e tratamento precoce, máximo grau de dependência, cuidado e apoio durante doenças terminais, e tratamentos seguros. Continua salientando Fematt (2011:51) que os objectivos devem: compreender o uso adequado dos medicamentos, evitando assim possíveis danos, coordenar do cuidado entre todos os potenciais fornecedores para manter a independência funcional e a qualidade de vida (...).

4. Doenças Crónicas nos Idosos

Com esse crescimento da população idosa, e consequente aumento da expectativa de vida, surgem alterações fisiológicas e acometimentos patológicos comuns a essa faixa etária, como os desgastes naturais dos sistemas que compõem o organismo e alterações dos órgãos (...)”que resultam em declínios cumulativos nos múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos”.Marques et al (2008:81,89)

Conforme salienta Altschul (2013: 132) a doença é considerada uma interferência temporária no processo normal da vida e, ao princípio, não conduz a uma mudança de perspectiva. Mas a doença prolongada crónica e a incapacidade permanente exigem uma reconstrução completa das ideias que o paciente tem ao seu próprio respeito e uma total reorganização das suas relações com os outros.

Doença crónica é quando há a persistência de uma doença por mais de seis meses e pode afectar o funcionamento do indivíduo em qualquer aspecto: físico, social ou emocional podendo apresentar oscilações entre estados óptimos de saúde e recaídas sérias colocando em risco a vida da pessoa, Potter e Perry (2006: 11).

De acordo com Rocha (2007:50), as pessoas idosas atribuem muitos dos seus problemas ao próprio envelhecimento e apesar das limitações provocadas pelas doenças crónicas serem comuns entre estas, muitas dessas doenças podiam ser prevenidas, algumas tratadas e controladas com sucesso, se as pessoas idosas as reconhecessem como doenças atípicas em qualquer idade e não como fazendo parte do envelhecimento.

Durante o envelhecimento, o organismo passa por diversas mudanças, com repercussões físicas, psíquicas e sociais. O ideal é não só cuidar ou remediar, mas prevenir. Se nem todas as doenças são ainda totalmente evitáveis, algumas delas, entre as mais comuns, podem ser minimizadas, para que a pessoa envelheça com sucesso.

4.1. Tipos de Doenças Crónicas comuns nos idosos e suas complicações Nível Mundial

Muitas vezes, ao se reportar o termo velhice, o que vem logo à mente, são pessoas portadoras de algumas fragilidades, de aparência enrugada, que convivem com alguma doença, ou em sua grande maioria, com várias delas. Entretanto, o envelhecimento não é sinónimo de doença, visto que, em qualquer fase da vida, o ser humano é susceptível aos mais diversos tipos de doenças. Mas é decerto que com o aumento da idade, há uma redução da capacidade do sistema imunológico humano na defesa do organismo, e devido de vários factores de risco, torna o indivíduo mais susceptível a pluripatologias, como neste grupo etário.

Segundo Ferrinho (2001:9) “As doenças não transmissíveis é de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais. Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças, pode não apenas ser retardada no seu aparecimento, como minorada. No contexto da patologia crónica que, em geral, mais afecta as pessoas idosas, não são, habitualmente, valorizadas as deficiências visuais e auditivas (...),” pessoas bem como em todo o seu equilíbrio biopsicosocial”. Continua argumentando Kalache et al (1987:20) “ No que diz respeito à saúde da parcela mais idosa da população, a complexidade é agravada pela natureza de tais problemas: doenças que não podem ser resolvidas do dia para noite, que absorvem grandes quantidades de recursos materiais e humanos e que, em última análise, continuarão existindo por um longo período”. Portanto, há várias doenças que acometem o estado da saúde das pessoas idosas, com limitação foram destacados os principais:

1. Doença Cardiovascular (Insuficiência Cardíaca Crónica)

A insuficiência Cardíaca Crónica (ICC) é uma doença comum e debilitante. A mortalidade por doença coronária diminuiu drasticamente nos últimos 20 á 30 anos nos países ocidentais, mas, ainda assim, as dimensões nos hospitais por insuficiência Cardíaca parece estar a aumentar. Thompson e Hatchett citado por Mary Gould (1998:205). Deve-se por em parte ao envelhecimento da população, mas também ao sucesso de tratamento que permitem aos doentes com doença coronária sobreviver mais tempo.

De acordo com Millaneetal (2000:206), a ICCé definida em termos gerais como a incapacidade do coração para fornecer o sangue oxigenado adequado aos tecidos periféricos de modo a satisfazer a necessidade metabólica. Mais especificamente, pode ser descrita como uma Síndrome clínica causada por uma anomalia do coração, por exemplo um miocárdio que contrai deficientemente, e é caracterizada por um padrão de respostas hemodinâmicas, renais, neurais e hormonais. As características comuns apresentadas incluem ansiedade, taquicardia, e dispneia.

Complicações

Para Berardinelli et al (2011:542), nesta faixa etária torna-se relevante conhecer e reconhecer os indícios das alterações de saúde, em especial as complicações cardiovasculares que deixam os idosos ainda mais vulneráveis, colocando em risco a sua própria vida, e desta maneira sintam-se motivados para a orientação do cuidado, potencializando o auto-cuidado e a qualidade de vida. Dai que, desde que a pessoa é portadora de uma doença, se não tratar bem há probabilidade de surgir certas complicações. Continuando com o raciocínio Soares et al (2011:140) argumenta que algumas complicações típicas, sendo algumas mais prevalentes do que outras. As Complicações cardíacas nomeadamente (enfarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial pulmonar, problemas cérebro vasculares, neurológicas, infecciosas e renais).

De acordo com Olivaux (2004:50) a **Hipertensão Arterial** é um dos principais factores de risco cardiovascular e uma das principais causas de mortalidade nos países industrializados. Afectando cerca de 20% da população, é responsável por 180.000 mortes por ano. Resulta de uma alteração das características do fluxo sanguíneo.

Segundo, Dantas (2011:14) A hipertensão arterial apresenta como um dos problemas de saúde com maior prevalência na actualidade e em especial nos mais idosos. Há dificuldades em definir os níveis depressão arterial sistolica de PA, para indivíduos acima de 60 anos, embora haja tendência de aumento da PA com a idade, níveis de PAS> 140mmHg e/ou de PAD> 90 mmHg não devem ser considerados fisiológicos para os idosos. A OMS, com base em diversos estudos, estabeleceu que o idoso é hipertenso, quando apresenta pressão arterial sistólica (PAS) = a 160mmHg e /ou pressão arterial diastólica. (PAD) => a 90mmHg.

A HAS Hipertensão arterial sistólica é o mais importante factor de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronária (DAC), doença cérebro vascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e disfunção diastólica. Há aproximadamente uma década existia dúvida se a elevação da pressão arterial sistólica (PAS) ou diastólica (PAD), ou ambas, no idoso, deveria ser tratada. Porém foi demonstrado, por vários estudos, que o tratamento anti-hipertensivo reduz o risco dessas complicações catastróficas, Miranda et al (2002:294).

2.Doença do Sistema Endócrino (Diabete Mellitus)

De acordo com Valongo, (2001:21), a Diabete Mellitus tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública e do mundo, pois o número de pessoas atingidas tem aumentado muito nas últimas décadas em especial nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. (...). Segundo Ribeiro et al, (2006:12), Diabetes Mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou acção da insulina envolvendo processos patogénicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à acção da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

A Diabete Mellitus causa problemas importantes na retina, cegueira, e glaucoma (doença que afecta o nervo óptico). Pode gerar uma insuficiência renal crónica e originar aterosclerose (depósito de gorduras nas artérias), aumentando os riscos de ataques Cardíacos, hipertensão arterial ou Acidentes Vasculares Cerebrais. Olivaux, (2004:49)

Pois, ainda Valongo (2001:21) argumenta que:

“Diabete Mellitus não é uma doença de Evolução catastrófica como se pensava num passado não muito distante. É uma doença crónica, controlável, que obriga a uma vigilância permanente e ao recurso a terapêuticas mais ou menos intensivas”.

Diabetes Mellitus Tipo 2

Na opinião de Lyra et al (2006:239), Diabetes Mellitus do Tipo II (DM2) é uma doença metabólica complexa, multifactorial e de presença global, que afecta a qualidade e o estilo de vida dos acometidos, podendo levar a uma redução pronunciada na expectativa de vida dessa população. Portadores de diabetes podem ter uma redução de 15 ou mais anos de vida, com a grande maioria morrendo em decorrência das complicações cardiovasculares.

Complicações:

No que refere sobre as complicações do sistema endócrino (diabetes mellitus tipo 2), pode levar anos a ser diagnosticada, Susan Heady (2004:288).

Podem já existir complicações associadas, aquando do seu diagnóstico, nomeadamente: complicações graves ou agudas -existem dois estados hiperglicemicos, a saber, cetoacidose diabética, que consiste em hiperglicemia, cetose e acidemia, uma vez que a falta de insulina, um elevado número de hormonas contra reguladoras e a desidratação contribuem para o desenvolvimento da cetoacidose diabética, o estado não-cetónico hiperglicemico hiperosmolar, é caracterizado por uma hiperglicemia elevada, aumento da osmolaridade do soro e desidratação grave sem cetose ou acidose significativas, infecções, este por sua vez constituem o factor mais comum de aceleração da cetoacidose diabética ou coma, sobretudo em indivíduos mais idosos, com diagnóstico recente de diabetes (infecções do trato urinário, respiratórias, bacteriológicos) (...), (*ibidem*).

Quanto as complicações crónicas, conforme argumenta Pasqualotto, Alberton e Frigeri (2012:138) tanto a diabetes tipo I, como tipo II, dão origem micro e macrovasculares a longo prazo. Como exemplos de complicações crónicas podem ser observadas complicações de doenças macrovasculares, cardiovasculares, cerebrovascular, vasculares periféricas, também microvasculares, originando a retinopatia, nefropatia na microcirculação, levando à cardiopatia isquémica.

3. Doença do Sistema Cérebro Vascular (Acidente Vascular Cerebral – AVC)

Dentre as doenças do aparelho circulatório, o acidente vascular cerebral (AVC) é um dos problemas neurológicos mais prevalentes entre os idosos. É a terceira causa mais comum de morte nos países desenvolvidos. Aproximadamente 20% dos pacientes que

sofrem AVC falecem dentro de um mês após o evento; cerca de 50% dos sobreviventes apresentam incapacidades permanentes e significantes, que requerem assistência e supervisão; e os outros 30% apresentam déficits neurológicos, mas são capazes de viver independentes, Marques, Rodrigues e Kusumota (2006:14).

De acordo com Pires (2012:16) o AVC é uma síndrome caracterizada por sinais clínicos focais (por vezes globais) de alteração da função cerebral, sem outra causa aparente do que a de origem vascular, que se estabelecem de forma aguda, permanecendo mais de 24 horas ou levando à morte (OMS, 2003). Segundo a literatura a patologia caracteriza-se por interrupções ou bloqueios na normal irrigação sanguínea, com comprometimento cerebral, resultando uma síndrome de deficiências neurológica. As lesões cerebrais são provocadas por um enfarte (devido a isquemia) ou por uma hemorragia, resultando no comprometimento da função cerebral. Assim sendo, são tradicionalmente considerados dois tipos de AVC:

- **Isquémico:** Fornecimento inadequado de sangue a uma parte do cérebro como resultado de um baixo fluxo sanguíneo, trombose ou embolismo associado a doenças dos vasos sanguíneos, coração ou sangue.

- **Hemorrágico:** Hemorragia espontânea dentro ou fora da substância do cérebro.

A presença de danos neurológicos pode originar défices a nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas e da linguagem. Os défices motores são caracterizados por paralisias completas (hemiplegia) ou parciais/incompletas (hemiparésia) no hemicorpo oposto ao local da lesão que ocorreu no cérebro, (*ibidem*).

Complicações

Os indivíduos com lesão neurológica do hemicorpo estão predispostos ao aparecimento de problemas secundários e/ou complicações, relacionados com o seu estado patológico que frequentemente, funcionam como um obstáculo à reabilitação dos mesmos.

Pneumonia; Formação de coágulos de sangue nas veias das pernas, os quais podem atingir a circulação pulmonar (artéria pulmonar), provocando uma embolia pulmonar potencialmente fatal; Infecção do tracto respiratório; Incontinência urinária; Obstipação.

Cancela (2008:11). Para além destas complicações existem ainda alguns problemas motores, problemas estes que surgem como complicação secundária da hemiplegia: Síndrome ombro-mão; Ombro doloroso; Subluxação do ombro; Edema da mão. (*ibidem*)

Ainda na concepção de António Albuquerque (2014:21), afirma que o AVC, pode desencadear varias complicações. Entre os quais são: Complicações Neurológicas. Edema Cerebral, Hidrocefalia, Hipertensão intracraniana Transformação hemorrágica, Convulsões Complicações Clínicas: Aspiração de secreções, Hipóventilação, Pneumonias, Isquemia miocárdica, Arritmia cardíacas, Tromboembolismo pulmonar, Trombose Venosa Profunda Retenção ou infecções urinárias, Úlceras de decúbito, Desnutrição Contracturas e rigidez das articulações. As sequelas mais comuns são a hemiparesia, alterações visuais, da fala e da memória.

4.Doença no sistema Músculo- Esquelético (Osteoporose)

Os ossos, ou o próprio esqueleto humano, podem apresentar diversas patologias e estão susceptíveis a lesões. As mais comuns são os traumas e as doenças degenerativas como escoliose, lordose, cifose, ou a perda de minerais conhecida como osteoporose, Lobão (2011:3).

A densidade óssea vai aumentando a partir da infância, passando pela adolescência até atingir seu máximo na idade adulta jovem. Essas mudanças ocorrem durante o processo de remodelação no osso, como resultado do desequilíbrio entre as células de reabsorção (osteoclastos) e as células formadoras (osteoblastos). A partir dos 30 anos, os ossos começam a se deteriorar, sendo parte do processo natural de envelhecimento, (*ibidem*).

A Osteoporose é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença metabólica óssea sistémica, caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitECTURA do tecido ósseo, com consequente aumento da fragilidade do osso e da susceptibilidade a fracturas, Yasbek e Neto (2008:74).

A Osteoporose é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença metabólica óssea sistémica, caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitECTURA do tecido ósseo, com consequente aumento da fragilidade do osso e da susceptibilidade a fracturas, (*ibidem*).

Complicações

Qualquer osso pode ser afectado pela osteoporose, mas é mais comum ocorrer nos ossos das costelas, punhos, coluna vertebral, pélvis, úmero e quadril. As fracturas vertebrais se manifestam agudamente com dor nas costas após movimento rápido de flexão, extensão, após tossir ou espirrar, inclinação do corpo para frente ou o levantamento de um objecto leve. As fracturas de colo femoral e da região intertrocantérica são as piores complicações da osteoporose. Depois que uma pessoa tem uma fractura por osteoporose o risco de ter fracturas futuras aumenta significativamente, Noadia Lobão (2011:8).

De facto, ainda na concepção de Freire e Aragão (2004:8), a perda de massa óssea é uma consequência inevitável do processo de envelhecimento. Entretanto, no indivíduo com osteoporose a perda é tão importante que a massa óssea cai abaixo do limiar para fracturas, principalmente em determinados locais, como quadril, vértebra e antebraço.

5.Doença do Sistema Respiratório (Pneumonia)

A pneumonia geralmente ocorre após quadros infecciosos de vias aéreas altas por doenças virais, as quais diminuem a imunidade favorecendo o aparecimento de bactérias patogénicas. Por isso mesmo vamos ouvir o paciente falar que está com uma “gripe malcurada”. Pelo mesmo motivo é importante lembrar de se vacinar contra gripe e pneumonia, principalmente nos pacientes com doenças crónicas. Lembrar também das pneumonias virais, que podem ser potencialmente graves, principalmente em imundeprimidos, portadores de doenças crónicas debilitantes e idosos, Ivan Paredes (S/data:18).

Santos (2009:34), refere que, as pneumonias são infecções das vias aéreas inferiores acarretando em processo inflamatório, podendo afectar um lobo pulmonar completo, denominado pneumonia lombar ou um segmento do lobo ou alvéolos próximos aos brônquios, chamado de broncopneumonia, ou tecido intersticial, onde é chamado de pneumonia intersticial. Resumidamente a pneumonia pode ser definida como infecção do parênquima pulmonar causada pela agressão de microorganismos, particularmente vírus e bactérias.

A incidência de pneumonias nos idosos aumenta durante os surtos de gripe, o que leva a um maior número de internamentos, por isso a importância da vacinação do idoso.

Alguns estudos mostram que os idosos com pneumonia internam 3 a 4 vezes mais do que os adultos jovens com pneumonia adquirida na comunidade. Já as pneumonias em asilos são de 2 a 4 vezes mais frequentes do que as adquiridas na comunidade, Miguel (2007:345).

Durante o internamento, o paciente idoso tem maior chance de desenvolver infecção hospitalar. Entre as infecções hospitalares encontramos com uma maior frequência as pneumonias, que no caso dos idosos, aumentam o tempo de permanência de internamento e têm maior incidência de mortalidade, (*Ibidem*).

Complicações

Um paciente com pneumonia pode apresentar complicações extra-pulmonares. Aproximadamente 10% dos pacientes com pneumonia pneumocócica bacterêmica podem ter infecções a distância, que incluem meningite, artrite, endocardite, pericardite, peritonite. Jornal Brasileiro (2004:16). Para Ivan Paredes As principais complicações da pneumonia são derrame pleural (também chamado de parapneumônico os quais devem ser aspirados por toracocentese se maiores do que 5cm no raio x em decúbito lateral), empiema pleural (quando o derrame pleural se infecta) e abscesso de pulmão (geralmente em pneumonias mal tratadas).

6. Doença do Sistema Nefro -Urológico (Insuficiência Renal Crônica)

Para Marcelino, (2006:1), a insuficiência renal é um quadro clínico complexo que se desenvolve quando os rins são incapazes de remover as substâncias tóxicas e manter um estado de volemia. Com a nova definição da doença renal crônica (DRC) proposta no início da década passada, ficou evidente que a doença é uma das mais prevalentes nos pacientes idosos. Marcus, Oliveira, Kirsztajn (2011:52). A extensão exacta do impacto da perda funcional renal no paciente idoso ainda está longe de ser completamente entendida, mas a melhor compreensão da prevalência, causas e associações da DRC com outras complicações clínicas no idoso é essencial para prevenção e tratamento da doença, (*ibidem*). Ainda, por outras palavras no documento que aborda sobre a National Kidney Foundation (2007:6) a, insuficiência renal crônica significa que os rins foram prejudicados por diabetes, pressão sanguínea alta ou distúrbios. Rins com insuficiência não conseguem manter a pessoa saudável fazendo os trabalhos descritos. Se a insuficiência renal piorar, os

resíduos podem se acumular em níveis altos no sangue e o paciente adoecer. O paciente pode desenvolver complicações como a pressão sanguínea alta, anemia (baixa quantidade de células no sangue), ossos fracos, nutrição prejudicada e afecções nervosas.

Complicações

As doenças renais, especialmente a insuficiência renal aguda, podem ocasionar distúrbios neurológicos, sendo os mais comuns a encefalopatia metabólica e a polineuropatia distal. Complicações mais raras da terapêutica da insuficiência renal são: a síndrome do desequilíbrio da diálise com demência e encefalopatia de wernicke. A encefalopatia caracteriza-se por uma leve piora na concentração e alterações da personalidade até o delírio e, em casos raros, pode chegar ao coma. Alterações motoras como asterix (tremor da mão provocado) associado com crises convulsivas generalizadas e mioclonias também podem ocorrer. O grau de uremia nem sempre se correlaciona com a severidade da disfunção cerebral, e geralmente a insuficiência renal crônica causa menos sintomas que insuficiência renal aguda, Mário Jorge (S/data:5).

A doença renal avançada aumenta o risco de infecções do sistema nervoso central, tal como a meningite. A encefalopatia urêmica é uma indicação para diálise, apesar de que o procedimento por si só pode levar a complicações neurológicas. Manifestações da síndrome do desequilíbrio da diálise variam de dor de cabeça, inquietude e câibras ao franco delírio com crises convulsivas e mioclonias (repuxos localizados de grupos musculares provocando movimentos de segmentos do corpo) e aumento da pressão intracraniana. As complicações crônicas da falência renal incluem a demência da diálise e a polineuropatia urêmica, (*ibidem*).

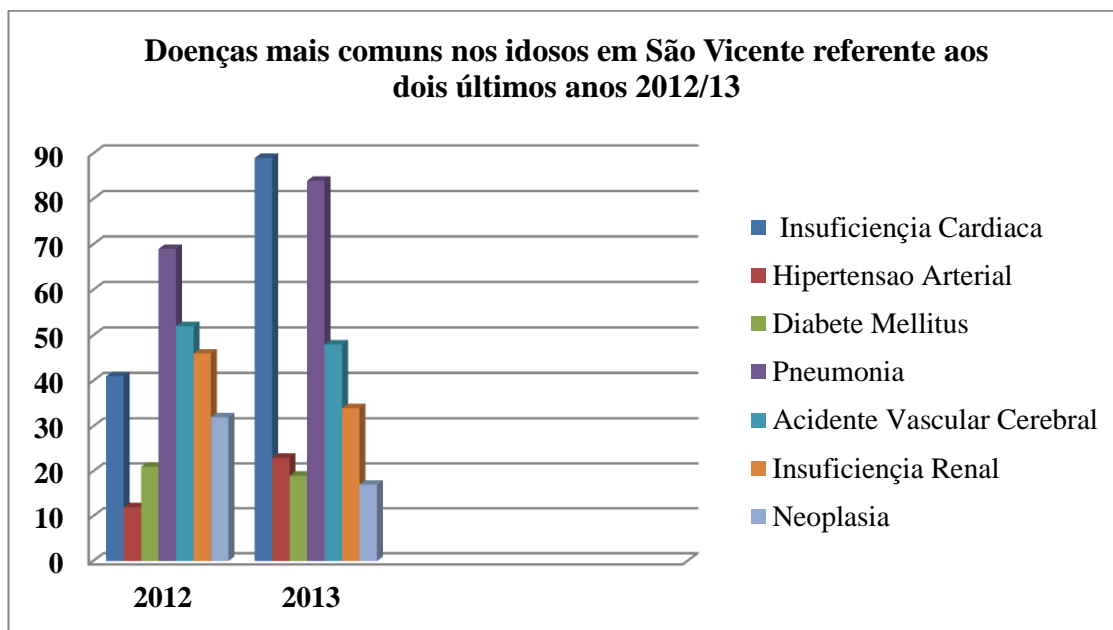
4.2.A incidência das Doenças mais Comuns nos Idosos no Hospital Baptista de Sousa em São Vicente.

O Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde conseguiu avanços significativos nos 30 anos de independência do País, tendo cumprido a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir cuidados de saúde a todo o cabo-verdiano.

A evolução positiva dos indicadores de saúde testemunha os ganhos conseguidos, colocando Cabo Verde numa posição invejável na nossa sub-região e contribuindo para a nossa graduação a país de desenvolvimento médio. Basílio Mosso Ramos, Ex: Ministro de Estado e da Saúde (2007:5). Cláudio Furtado (2008:9), argumenta que, Cabo Verde

encontra-se em processo de transição epidemiológica com as doenças nãotransmissíveis a conhecerem um crescimento continuado, com tendência inversa para as infectocontagiosas, (...).

Gráfico: 1



De acordo com os dados estatísticos obtidos nesta instituição de saúde sobre as doenças mais comuns nos idosos, consta-se que a Pneumonia é a doença com mais percentagem no ano 2012 com o número mais elevado de 69 casos, em relação ao ano seguinte, a insuficiência cardíaca conta com 89 casos. Já a HTA apresenta menor número de casos com 12 idosos com a doença, e em 2013 possui 23 casos com a mesma.

Segundo se constata, o aumento do número de idosos conduz a um aumento da incidência de doenças crónicas e de fragilidade e, por conseguinte, a um aumento da procura dos cuidados de saúde, o que implica a necessidade de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, Rui Ávila, (2009:17).

4.3. Factores de Riscos das Doenças nos Idosos

Na versão de Maia (2005:19), a transição epidemiológica determinou novos rumos nos estudos e pesquisas epidemiológicas, que passaram a tentar compreender o que determina o aparecimento e a distribuição das doenças crónicas não transmissíveis na População. A multiplicidade de factores sociais, demográficos, psicológicos e biológicos,

culturais, contribuem para o estado de saúde da pessoa Idosa. Quase todos estes factores são, sobretudo, relativos nos idosos.

Ainda na opinião de Focchesatto (2009:27), estudos comprovam a forte e comum associação que várias das principais doenças crónicas não-transmissíveis (DCNT) mantêm um conjunto relativamente pequeno de factores de risco em que se destacam os principais:

De acordo com os autores, Pires, Gagliardi, Gorzoni (2004:845), que **Idade e Sexo** quanto mais idosa uma pessoa, maior a sua probabilidade de desenvolver qualquer doença, mas isso não impede que uma pessoa jovem possa ter. **Sexo:** até aproximadamente 50 anos de idade os homens têm maior propensão do que as mulheres; depois desta idade, o risco praticamente se iguala.

O **Estilo de vida** conjunto de decisões individuais que afectam saúde e sobre os quais se pode exercer certo grau de controlo. As decisões e os hábitos pessoais que são maus para a saúde, criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando estes riscos resultam em enfermidade ou morte se pode afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção.

O **alcoolismo:** quando isso ocorre por muito tempo, o abuso excessivo; além disso, tem maior propensão à hipertensão arterial e outras doenças,

Tabagismo: O hábito é prejudicial à saúde em todos os aspectos, o fumo acelera o processo de aterosclerose, diminui a oxigenação do sangue e aumenta o risco de problemas cardiovasculares e do sistema respiratório,

Elevados níveis de colesterol, é uma substância existente em todo o nosso corpo, presente nas gorduras animais; ele é produzido principalmente no fígado e adquirido através da dieta rica em gorduras. Seus níveis alterados, LDL (mau Colesterol), e HDL (bom colesterol), ambos estão relacionados á formação das placas de aterosclerose.

Sedentarismo. Continuam os mesmos autores que a pessoa que tem uma vida sedentária, há probabilidade de desenvolver diversas patologias (as doenças cardiovasculares). O sedentarismo contribui para o desenvolvimento de hipertensão arterial, obesidade, diabetes, colesterol elevado e outras doenças.

Alimentação inadequada: Segundo a nutróloga Ivanessa Conci (2006:12), a má digestão pode fazer com que a absorção de nutrientes fique prejudicada. O resultado da falta desses nutrientes se reflecte directamente na piora da saúde da população, que apresenta maior incidência de obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão e osteoporose.

Falta prática de exercício físico. A falta de actividade física causa o sedentarismo que como consequência traz o aparecimento de doenças, como a hipertensão, doenças respiratórias, aumento de colesterol, enfarto e também distúrbios cardíacos. Hoje a maioria dos idosos não se pratica nenhum tipo de actividade física, Moura (2013:15).

Assim continua dizendo Maia (2005:19), que os factores de riscos ganharam importância crescente, e sua identificação para problemas específicos, bem como a identificação dos grupos populacionais de maior risco passaram a ser enfatizadas. Os Factores de risco Passíveis de mudança e/ou tratamento são, portanto de grande interesse, e a promoção de medidas preventivas pode ser considerada um aspecto central para a manutenção e a recuperação da saúde do Idoso.

4.4.Princípios de Prevenção Primária e Secundária das Complicações das Doenças Crónicas nos Idosos

De acordo com Harrison citado pelos autores Maureen T. Connelly. e Thomas S.Inui(1998:51),os objectivos principais da prevenção em medicina são a vida, diminuir a morbilidade e melhorar a qualidade de vida-tudo isso com os recursos disponíveis. A prevenção primária abrangendo diversas formas de promoção da saúde e vacinação, consiste no tratamento que objectiva minimizar os factores de risco e a subsequente incidência de doenças.

O Relatório Mundial da OMS (2003:18) relata que comportamentos e padrões de consumo não saudáveis implicam de forma predominante no surgimento das condições crónicas. Tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas, práticas sexuais de alto-risco e *stress* social descontrolado são as principais causas e factores de risco para as condições crónicas.

As maiorias das complicações das condições crónicas são evitáveis e muitas podem ser prevenidas. As estratégias para minimizar o surgimento das condições crónicas e

complicações decorrentes incluem detecção precoce, aumento da prática de actividade física, redução do tabagismo e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis, (*ibidem*).

A enfermagem na prevenção das complicações das doenças crónicas, Bras Cardiol (2010:34) argumenta que as intervenções prosseguem com os seguintes pressupostos:

- Desenvolver actividades educativas, por meio de acções individuais e/ou colectivas, de promoção de saúde com todas as pessoas portadores de doenças crónicas;
- Desenvolver actividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes diabéticos, hipertensos, obesos etc. ...
- Realizar consulta de enfermagem com pessoas com maior risco para diabetes tipo 2 identificadas pelos agentes comunitários, definindo claramente a presença do risco e encaminhado ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário.
- Realizar consulta de enfermagem, abordando factores de risco, estratificando risco cardiovascular, e outras sistemas do organismo, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não-medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário.
- Estabelecer, junto à equipa de saúde, estratégias que possam favorecer a adesão a melhor qualidade de vida (grupos de pacientes vulneráveis).
- Programar, junto à equipa, estratégias para a educação do paciente sobre determinadas doenças crónicas.
- Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico.

CUIDAR DOS IDOSOS: UM PANORAMA INTEGRADORA NA FAMÍLIA E ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA

5.O Idoso no Contexto Familiar com Doenças Crônicas

Na nossa sociedade, quase todas as famílias se preocupam com o bem-estar de pelo menos um membro idoso. Devido ao facto actual do sistema de prestação de cuidados estar principalmente orientado para satisfazer as necessidades do indivíduo, não da unidade familiar, muitas famílias estão sozinhas e só procuram ajuda profissional em situações urgentes ou em períodos de doenças agudas, Hanson (2005:348).

A família é a célula fundamental que constitui uma sociedade. Ela pode ser entendida como uma população no seio da qual acontecem nascimentos, casamentos, e também é vista como um sistema, onde normalmente os seus membros estão interligados, pessoas que residem no âmbito do mesmo grupo, sendo organizada e constituída por laços de membros parentescos.

Conforme salienta Bollander (1998:294), a família é o principal recurso de suporte social das pessoas idosas. Cerca de 94% das pessoas com idade superior a 65 anos têm membros da família vivos. Hoje em dia as famílias estendem-se por três e quatro gerações. Embora algumas pessoas idosas vivam em casa dos filhos ou familiares, a maioria prefere viver nas suas próprias casas, isto permite-lhes manter a sua privacidade e um sentido de independência.

Giddens (2005: 152), argumenta que:

Uma família é um grupo de pessoas directamente unidas por conexões parentais, cujos membros adultos assumem a responsabilidade pelo cuidado das crianças. Laços de parentescos são conexões entre indivíduos estabelecidos tanto por casamento como por linhas de descendência, que conectam parentes consanguíneos (mães, pais, irmãos...). O casamento pode ser definido por uma união sexual entre os adultos socialmente reconhecida e aprovada. Quando duas pessoas se casam, elas se tornam aparentadas, mas também o elo matrimonial conecta uma gama mais ampla de parentes.

As famílias, ao identificarem a doença crónica do idoso, passam por diversas dificuldades, adaptam-se e vão tomando consciência da cronicidade da doença. Lembrando que esse processo está permeado de sentimentos de medo e insegurança.

Porém, a família e o idoso aprendem a conviver com a condição crónica e, nessa dinâmica, constroem seus significados de cuidado a partir dessa interacção entre o

quotidiano de vida e seus atores sociais, os quais também são constituídos por suas histórias e valores culturais. Nesse contexto, estabelecem estratégias no quotidiano de cuidado ao idoso. Carreira e Rodrigues (2006:125). Na sociedade actual, a maioria das famílias, não atribuem todo o apoio que os idosos merecem, devido das condições que possuem, sabendo que, estes precisam trabalharem, para conseguirem encontrar uma forma de sobreviver.

Na óptica de Lancaster, (1999:652), a família como prestadora de cuidados coloca grandes exigências tanto o nível individual como familiar. Muitos são submetidos a *stress* psicológico, físico e financeiro.

Nessa atitude de cuidar-se, o idoso e a família demonstram uma gama de conhecimentos que lhes permitem, muitas vezes, intervir quando apresentam algum problema de saúde, ou mesmo no seu tratamento referente à condição crónica, e ainda agir com o intuito de prevenir agravos à saúde, (*ibid*:126).

De acordo com Hanson (2005:352), o apoio e os cuidados dados por todos os membros de família são geralmente aglomerados sob o termo “prestação de cuidados pela família”. Um exame mais aprofundado revela, contudo, que um indivíduo assume a principal responsabilidade de prestar cuidados, e que geralmente são dados por um membro de cada vez. O mesmo contínuo afirmar que “... cuidar de um familiar que sofre de uma doença crónica, envolve um grande dispêndio de tempo potencialmente longo, envolve tarefas que são desagradáveis, desconfortáveis, desproporcionais, e muitas vezes é um papel que não foi passivo. Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de protecção para o desempenho deste papel, Úrsula (2003:83). Segundo Tomiko Born, (2008:59 e 60) as tarefas habituais de um cuidador familiar a um idoso com incluem as seguintes necessidades:

- Ajuda nas actividades domésticas (cozinhar, lavar, limpar, passar ferro entre outros).
- Assiste a pessoa idosa na sua locomoção fora de sua casa (acompanhar ao médico, ir à igreja, fazer um passeio),
- Assiste a pessoa idosa a movimentar-se dentro de sua casa. Ajuda na higiene e cuidados pessoais (necessidades básicas da vida)

- Ajuda na administração do dinheiro e bens, Administra medicamentos e os cuidados
- Ajuda nos cuidados de enfermagem, Procura proporcionar conforto e tranquilizar a pessoa idosa em situações de crise (por exemplo, quando fica agitado ou ansioso, perda de ente querido),
- Ajuda na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para expressar-se.

O cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante, (*ibid*:864).

Para Floriano et al (2012:545) os cuidados que os familiares devem prestar aos idosos dependentes envolve diversas tarefas no dia-a-dia, e estas estão directamente relacionadas às AVDs, tais como, a higienização oral e corporal do idoso: escovar os dentes e lavar o rosto, dar e/ou auxiliar no banho de aspersão e no leito, trocar fraldas, vestir, fazer a barba, cortar as unhas, passar desodorante e creme corporal, pentear os cabelos; preparo e oferecimento das refeições; levar e/ou acompanhar até o banheiro; auxiliar na locomoção; realizar mudança de decúbito; bem como, sentar, levantar e deitar o idoso. Além das actividades de cuidado directo ao idoso, o cuidador deve orientar com consultas médicas de rotina (...).

6. Conceito de Saúde para as Pessoas Idosas

O homem vive num equilíbrio instável entre a saúde e a doença. No binómio saúde/Doença intervêm vários factores como sejam as condições sociais e ambientais, hábitos individuais e colectivos, novas tecnologias e, factores culturais, Silva (2002:145).

Segundo Teixeira (2010:12) a saúde é uma área fulcral da qualidade de vida, como tal, tem-se verificado um crescimento no interesse por este conceito. O conceito foi introduzido na área da saúde aquando da mudança da abordagem da saúde, de uma ênfase biomédica da saúde, para uma ênfase biopsicossocial.

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Apesar desta definição claramente um conceito

holístico da saúde, que reconhece não só o aspecto físico como os aspectos sociais emocionais da saúde, ela pode representar também uma meta algo irrealista para os motores de saúde Squire (2005:8). Seguindo com a definição de saúde dada em 1978 pela OMS, como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e, não a mera ausência de doença, pretende chamar a atenção para o modelo biopsicosocial em que a saúde e a doença resulta de uma combinação de factores físicos, psicológicos e socioculturais, ao afirmar que a saúde não é mera ausência de doença está-se a rejeitar o modelo biomédico que encara a doença como fenómeno puramente bioquímico e físico, Silva (2002:145).

Assim, conforme salienta Costa (1998:50) a saúde, no idoso, pode definir-se em duas perspectivas: a presença ou ausência de doença, ou ainda em função do bem-estar funcional da pessoa idosa. A primeira resulta da observação, exame e dados complementares de diagnóstico, a segunda alternativa baseia-se no funcional, tende a diminuir o peso estatístico da prevalência ou incidência da doença como indicadores de procura dos serviços de saúde, potenciando a apreciação global do indivíduo.

Os profissionais de saúde têm um objectivo comum de conservar e melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos.

Todavia, esse objectivo, para que todos tendem, abranger finalidades próprias de cada profissão, que importa clarificar, compete, pois, a cada um justificar a sua presença na equipa, dando conhecer, não só por palavras mas também por actos, a natureza do seu contributo pessoal para a melhoria da saúde.

7. Educação para a Saúde nas Pessoas Idosas e Comunicação: Processos Holísticos.

Segundo Teixeira, (2010:22) diz que, uma forma de contribuir para o aumento das relações sociais entre os idosos passa pela promoção da saúde no idoso em grupo. A promoção da saúde no idoso remete para a possibilidade de viver a velhice com maturidade, potencializando os determinantes inerentes a este período de vida (...).

A informação e a educação para a saúde podem desempenhar um papel importante na motivação dos idosos para educação a novas situações. Um idoso que aprende, adaptando-se a novas situações, sabe como “atrasar” um envelhecimento, seja ele fisiológico, psicológico ou social. A educação para a saúde, tendo em atenção o homem

como ser biopsicosocial, é o meio que melhor combate um envelhecimento precoce, Silva (2002:147).

O mesmo continua salientando que:

Quando a educação para a saúde é dirigida a faixas etárias mais idosas, deve ter em atenção que este grupo tem uma lentificação na assimilação, dificuldade na memória de fixação; frequentemente sofre de diminuição da acuidade e auditiva (sobretudo para determinados sons) e têm costumes e hábitos de há muitos instituídos e, por isso de mais difícil adaptação.

A **comunicação** é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais. É mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações Duarte et al (2007:16). Além disso, para alguns autores, a comunicação terapêutica é fundamental para um cuidado humanizado e na demonstração de respeito por parte do enfermeiro. Além disso Peterson e Carvalho (2011:693). Portanto, o enfermeiro deve desenvolver uma comunicação adequada e efectiva, utilizando-se de procedimentos técnicos, escuta e atenção adequadas. É necessário que haja diálogo constante entre ambos, cultivando a confiança, o respeito e a empatia, para que, contribua no processo de restabelecimento do paciente, (*ibidem*).

De acordo com Silva (2002:148), por vezes, como idoso, a comunicação é triangulada, isto é a pessoa idosa que é receptora emissora está em simultâneo com outra que é usualmente um(a) familiar (cuidador(a) que também é emissor e receptor.

Comunicar faz parte do dia-a-dia dos enfermeiros sendo, reconhecido considerado por muitos, um dos elementos essenciais dum (para um) bom profissional. Saber comunicar bem adequadamente é, de facto uma arte, como elemento de competência, está presente nas mais variadas situações ou contextos *está-se permanentemente a comunicar*, Oliveira e Graveto (1997:35).

8. Cuidados de Enfermagem: Visão Multidimensional

A enfermagem é um trabalho muito especializado. Requer conhecimentos e destreza manual, mas exige principalmente interesse pelas pessoas e a faculdade de as compreender e ajudar. A enfermeira lida com pessoas em todos os momentos do seu dia de trabalho: pacientes, colegas, familiares dos pacientes e membros da sua própria comunidade, cujo

estado de saúde constante depende de uma maneira ou doutra do seu trabalho, Altschul (2013:23).

Os cuidados em enfermagem são prestados objectivando “limitar as perturbações e os prejuízos causados pela doença, é dada prioritariamente atenção aos cuidados de vida diária prodigalizados com mais intensidade com o intuito de aliviar, confortar, manter «as forças» para combater a doença” Collière (2003: 179). Ainda na opinião de Walter Hesbeen (2000:37) afirma que, cuidar é uma arte, é a do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimentos de destreza, saber-ser, de intuição aquele que lhe vai permitir ajudar alguém, na sua situação singular.

O profissional de enfermagem, utilizando uma abordagem contextualizada, ao cuidar, considera a multidimensionalidade que caracteriza o ser humano, definem cada uma das suas necessidades fundamentais. Conforme salienta Costa (1998:25), nos cuidados de enfermagem, tal como na educação, não existe um saber fazer desligado de implicações de valor, de consequências sociais, de pressupostos sobre o funcionamento dos seres humanos, individualmente ou em grupo, de opções epistemológicas acerca dos cuidados que se prestam ou dos conhecimentos que se detêm e se transmitem. Com os termos humanização, qualidade de vida, Promoção de saúde individualização do cuidado e autocuidado, fazem parte dos profissionais de saúde em geral. Para Potter (2006:446), o cuidar é um fenómeno Universal que influencia a forma como pensamos, sentimos e nos comportamos em relação aos outros. O cuidar na Enfermagem tem sido estudado sob diversas perspectivas filosóficas e éticas, desde do tempo de Florence Nightingale, Segundo Soresen e Lucman (1998: 58).

Os cuidados de enfermagem honrarão a autonomia, o bem, o evitar o dano e uma justa distribuição de cuidados. A enfermagem prezarà a verdade, a protecção dos indivíduos face a invasão da sua privacidade e a manutenção da confidencialidade da informação sobre os cuidados de saúde.

Quando o enfermeiro e o utente têm uma relação de respeito, preocupação e apoio, a sensibilidade para o cuidar não é perceptível. A empatia e compaixão do enfermeiro tornam-se uma parte natural de cada contacto com o utente. Porém, quando essa sensibilidade não existe, torna-se muito evidente. Por ex: se mostrar desinteressado ou optar por ignorar o pedido de ajuda de um utente, esta ausência de acção deixa transparecer uma atitude de indiferença, Popper (2006:447).

8.Intervenções de Enfermagem na Área Gerontogerítrica

A enfermagem gerontogerítrica supõe o agrupamento do conhecimento e da prática de enfermagem, provenientes da enfermagem. Conforme sugere Berger e Mailloux-Poirier (1995:7), Cuidar de Idosos fez sempre parte das funções das Enfermeiras. Ajudar os Idosos nem sempre é tarefa repousante. Todas as enfermeiras conheceram a juventude, a infância, a doença, a dor, a doença. Porém, ainda nenhuma delas conheceu a Velhice. Sendo que a enfermagem cuida do idoso em todos os níveis de prevenção, desde a promoção da saúde até a reabilitação. Os cuidados de enfermagem gerontogerítrica incluem em vários aspectos essenciais no cuidar.

Cabete (2005:20), a hospitalização representa, particularmente para os idosos, uma situação de ameaça e um desafio que podem ser vividos de formas distintas, de acordo com factores de natureza. Centrando-se o estudo de internamento das pessoas idosas e considerando que actualmente, mais de metade das pessoas internadas nos serviços de medicina são os Idosos.Pois, assim o enfermeiro está conveniente por desempenhar funções importantes nos cuidados de enfermagem perante aos Idosos dependentes e independentes, nesse contexto deve prestar cuidados aos idosos de forma a contribuir para a sua qualidade de vida tanto física como psicológica, dar-lhe instruções para se cuidar de si, avaliar os sinais maus tratos, prestar-lhe apoio ou ajudar-lhe a se inserir num sistema de apoio ao idoso.

Segundo Santos (2005:229), existe um futuro promissor para o enfermeiro que quer caminhar na área gerontogerítrica, desde que ele considere algumas vias, como:

- Permita ao idoso melhorar ou manter o bem-estar e viver de maneira autónoma no seu domicílio;
- Participe da análise dos cuidados de saúde para o idoso e ajude a elaborar estratégias adaptáveis a esse ser humano;
- Centre os cuidados não somente nas doenças, mas no idoso e em suas necessidades, desenvolva modelos de cuidados que atendam o idoso e a sua família; procure trabalhar em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar,
- Partilhar as responsabilidades;

- Promover os cuidados domiciliares, incluindo aí os familiares cuidadores; torne-se defensor dos direitos dos idosos;
- Ampliar cada vez mais os seus conhecimentos, não só em gerontogeriatría, mas em diferentes domínios disciplinares.

Nesta situação, o enfermeiro deve adoptar o modelo holístico, tendo em conta a dimensão biológica, psicológica, social e cultural enfatizando conceitos como saúde, bem-estar e conforto, uma vez que os cuidados de enfermagem geriátrico devem apoiar numa filosofia humanística. Portanto, resultante do processo do envelhecimento/doença, a dependência deve-se as doenças e outras causas de deficiência ou limitação, que tem aumentado nos últimos anos coloca mudanças nas taxas de sobrevivência a certas doenças crónicas, estes levam a uma dependência nas actividades da vida diária nas pessoas Idosas.

O foco sobre este fenómeno na sociedade torna-se, portanto um desafio controlável para os profissionais de saúde com capacidade de garantir uma boa qualidade de vida, promovendo o bem-estar de aliviar o sofrimento, e facilitar também a sua reintegração social.

CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA

Metodologia

A metodologia é compreendida como uma disciplina que consiste em estudar, compreender e avaliar os vários métodos disponíveis para a realização de uma pesquisa académica. A Metodologia, em um nível aplicado, examina, descreve e avalia métodos e técnicas de pesquisa que possibilitam a colecta e o processamento de informações, visando ao encaminhamento e à resolução de problemas e/ou questões de investigação, Prodanov e Freitas (2013:14). Continua salientando Lakatos, (1991:2) que “A investigação científica se inicia quando se descobre que, os conhecimentos existentes, originários quer das crenças do senso comum, das religiões ou da mitologia, quer das teorias filosóficas ou científicas, são insuficientes e imponentes para explicar os problemas e as dúvidas que surgem”.

Após de abordar a parte Teórica, visto ser muito pertinente no tema, foi necessário realizar, no último capítulo, a parte metodológica, tem como objectivo de dar resposta á questão de investigação, o tipo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa. Segundo Fortin (1999:164), “estudo descritivo consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”

A metodologia desenvolvida na presente investigação é apresentada neste capítulo, e encontra-se dividida em: questão de investigação, justificação do estudo, tipo de estudo, descrição da população e amostra; as variáveis, as hipóteses de investigação, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos éticos que se devem ter em conta numa investigação; e apresentação de análise dos dados.

Questão de investigação

A questão de investigação é o primeiro e vital passo do processo de investigação. Para Souza e Souza citado em Lewis e Pamela (1987:2) uma questão de investigação é aquela que explicita precisamente a área de investigação. Para enfatizar, consideramos que a questão é, ou as questões de investigação são a “metade do trabalho” de um cientista. Um cientista é aquele que sabe formular questões interessantes e profundas sobre sua área de trabalho e estabelecer relações com outras áreas e com o mundo. As questões de investigação são os guias que orientam o tipo de informação necessária, como a recolha de informação deve ser feita e define a abrangência do corpus de dados para a resolução de um problema.

De forma melhor guiar a pesquisa, foi necessário elaborar a seguinte pergunta de partida: “ **Qual a importância da actuação do Enfermeiro na Prevenção das Complicações das Doenças mais comuns na Geriatria** ”. Apesar de ser mencionada na parte da problematização, a forma de obter resposta, cabe implicar o conhecimento das seguintes investigações para os enfermeiros, idosos internados e seus familiares no Campo Empírico que serão salientados mais a frente no trabalho.

Justificação da pesquisa

A Justificativa num projecto de pesquisa, como o próprio nome indica, é o convencimento de que o trabalho de pesquisa é fundamental de ser efectivado. Deve-se tomar o cuidado, na elaboração da Justificativa, de não se tentar justificar o conteúdo do trabalho, ou seja, tentar responder ou concluir o que vai ser buscado no trabalho de pesquisa. A Justificativa exalta a importância do estudo do tema, ou justifica a necessidade imperiosa de se levar a efeito tal empreendimento, Bello (2009:24).

Portanto, o presente estudo de investigação em enfermagem, além, de fornecer mais e melhor conhecimento, sabendo que é muito importante, na óptica de enfermagem com os cuidados nessa faixa etária (velhice), é pertinente também para pessoas de outras áreas, principalmente para quem cuida de pessoas dependentes com ou sem doenças crónicas bem como a outras pessoas que tenham a necessidade desses cuidados quer de longa duração ou apenas no período pós-internamento. De acordo com Richardson (2008:56), após colocar a experiência reflectida, o pesquisador formula o problema que pretende estudar. Cabe lembrar que o problema é formulado em termos de pergunta.

Tipo de estudo

Para uma melhor compreensão sobre a importância da actuação dos enfermeiros na prevenção das complicações de doenças nos idosos, será utilizado um estudo qualitativo e quantitativo, pois, este tipo de estudo irá permitir compreender o problema no contexto que insere. Trata-se de um estudo privilegiando uma abordagem qualitativa e quantitativa, Conforme salienta Craig e Smith (2004: 137), a principal característica da investigação qualitativa é que esta não procura respostas quantificadas às questões de investigação, e tem como finalidade produzir uma compreensão do mundo social, dentro do seu contexto natural, enfatizando os significados, experiências, práticas e pontos de vista daqueles que nele estão envolvidos. Já pesquisa quantitativa segundo Bárbara Wildemuth, (1993:455),

normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e interferências a partir de amostras de uma população. Esse tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar constructos científicos e hipóteses, ou busca padrões numéricos relacionados a conceitos quotidianos.

Este tipo de estudo é o que mais se adequa a este trabalho, uma vez que a pesquisa, concentra-se em referências bibliográficas e artigos académicos na Internet, de igual modo numa investigação, isto é, uma entrevista no campo empírico com os Idosos internados, familiares /cuidadores e profissionais de saúde, ainda saber a incidência das doenças no serviço do HBS em São Vicente, sendo que, permite-me verificar os conhecimentos existentes acerca desta temática.

Logo, o tipo de pesquisa permite saber a opinião dos idosos internados e a dos seus familiares, através da abordagem quantitativa, já os profissionais de saúde centra-se na abordagem qualitativa e quantitativa, a nível da importância que atribuem no que diz respeito a prevenção das complicações das doenças existentes na idade avançada, sobretudo para poderem viver com mais tempo e melhor qualidade de vida.

População/Amostra

A população “ é um conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em conta varias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação”, Fortin (1999:373).

Assim sendo, a população - alvo será um conjunto de pessoas das quais pretende adquirir informações. No presente trabalho a população é constituída por 30 participantes.

A amostra, pode ser entendida como um subconjunto dos elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo, tratando-se de uma réplica em miniatura da população alvo, que se refere a população cujo investigador pretende estudar e fazer generalizações, Fortin (1996:41). A amostra da presente pesquisa no que se refere aos idosos, foi escolhida de forma intencional, pois e conta com um grupo de dez idosos com doenças crónicas internados no serviço Hospitalar de medicina, dez enfermeiros do mesmo serviço, e dez familiares/cuidadores dos idosos acima referidos. Pois, estes serão adequados a fim de atingir os objectivos destacados no presente estudo de investigação e obter os resultados.

Os idosos representados na amostra têm idade compreendida entre 65 á 97 anos de idade com diagnóstico clínico de doenças crónicas internados no serviço de medicina,

apresentam capacidade de participar nos estudo. Os familiares têm uma idade também compreendida entre 30 e 52, com capacidade de assimilar os objectivos da entrevista. Já os profissionais de saúde do mesmo serviço têm entre 30 e 52 anos de idade e com 13 a 29 anos de experiências profissionais.

Esta amostra foi escolhida de forma intencional de modo a seleccionar os participantes com determinadas doenças crónicas no caso os idosos, os cuidadores com experiência no cuidar dessa faixa etária (familiares e profissionais de saúde). Após obter o requerimento formal sobre a problemática em estudo no HBS em São Vicente, (que será anexado), de seguida foi nomeado a idade ideal de pessoas considerados idosos em Cabo Verde.

Variáveis do estudo

De acordo com Rodrigues (2007:25) variável do estudo refere-se ao fenómeno a ser pesquisado. Pode se denominar de variável o campo de variação de cada tipo de dado a ser pesquisado.

No presente estudo de investigação, as variáveis são características que cada participante dessa pesquisa, adquire a sua forma de encarar a vida pela frente com ou sem doenças. Pois, no trabalho é identificado dois tipos de variáveis que ambos são: O mesmo autor, acima referido afirma que **Variável dependente**: é aquela que será explicada, em função de ser influenciada. Neste estudo a variável dependente mostra a forma que cada idoso participante enfrenta a vida, na prevenção de evitar complicações da doença, e as qualidades do seu cuidado do dia-a-dia. **Variável independente**: é aquela que influencia, determina ou afecta uma variável. Essa por sua vez, mostra a forma como os profissionais de saúde cuidam dos idosos no que diz respeito a prevenção das complicações das doenças nos idosos nesse sector hospitalar, e já os familiares de qualquer forma também contribuem na prevenção nos cuidados dos seus idosos no domicílio.

Hipóteses

Conforme salienta Richardson (2008:104), as hipóteses podem ser definidas como soluções tentativas, previamente seleccionadas, do problema de pesquisa. Permitirão orientar a análise dos dados no sentido de aceitar ou rejeitar soluções tentativas. Pois, no presente trabalho de investigação é muito pertinente a hipótese, sabendo que, é uma forma de alcançar os objectivos traçados e conseguir os resultados obtidos, ou seja uma resposta possível de ser testada e fundamentada para uma pergunta feita relativa ao fenómeno escolhido, conforme argumenta o autor acima referido. Logo, as hipóteses na elaboração deste estudo de investigação referem-se os seguintes:

- Os familiares nem sempre prestam cuidados adequados aos idosos no domicílio para evitar complicações da doença que estes apresentam (Ex: *stress* da carga horária de trabalho, falta de meios financeiros, conflitos familiares etc. ...),
- Os enfermeiros nem sempre prestam cuidados adequados aos doentes internados, e pois muitas vezes levam a desencadear certas complicações, das doenças,
- Na maioria das vezes vários idosos é que preocupam com eles mesmos, porque sentem-se que estão atrapalhar a vida dos terceiros, e têm medo de dar trabalho á estes.

Instrumento de recolha de Dados

De acordo com Moresi (2003:39) o instrumento de recolha de dados é definido como sendo “o conjunto de processos e instrumentos elaborados para garantir o registo das informações, o controle e a análise dos dados” salientando, desta forma, a ambiguidade e inconsistência na distinção entre técnicas e instrumentos.

O instrumento de recolha de dados utilizado no estudo foi uma entrevista semi-estruturada porque de acordo com Fortin, (1996: 245), as entrevistas permitem-nos colher melhores informações juntamente com os participantes referentes aos factos, às ideias, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. “É um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”. Assim de forma geral para que conseguisse alcançar os objectivos traçados e chegar também uma conclusão, foi necessário o método acima referido que permitisse recolher informações adequadas.

Para Judith Bell (2004:137), a entrevista é uma técnica altamente subjectiva, havendo sempre o perigo de ser parcial e consome muito tempo. A forma como se faz as perguntas será certamente importante e quanto mais padronizada for a entrevista, mais fácil será agregar e qualificar os resultados. A entrevista seria a técnica mais viável para progresso das informações, principalmente para os idosos internados no serviço de saúde que não sabem ler nem escrever, pois a maioria é analfabetos.

A recolha de dados, como uma fase indispensável desse estudo, pretende a elaboração de um instrumento apropriado de investigação. Conforme argumenta Ricardo (2009:42) entrevista semi-estruturada cominam-se perguntas abertas com perguntas fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O entrevistador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas fá-lo num contexto semelhante ao de uma conversa informal. O papel do entrevistador é o de dirigir, sempre que achar oportuno, a discussão para o assunto que lhe interessa, fazendo perguntas adicionais para esclarecer questões que não ficaram claras ou para ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha “fugido” ao tema ou manifeste dificuldades com ele.

Porém, a entrevista elaborada aos idosos internados no sector de medicina foi constituída, por perguntas acessíveis a nível de envelhecimento/doenças, uma vez que as respostas a serem obtidas nesse tipo de entrevista parecem capazes de facilitar a compreensão dos processos sobre envelhecimento e doenças nessa faixa etária. Quanto aos familiares dos idosos, a entrevista foi elaborada com perguntas que permitissem adquirir as acções apresentadas no domicílio por estes para ver de que forma contribuem para uma boa qualidade de vida dos seus idosos, evitando complicações das doenças expostas pelos mesmos. Já para os profissionais de saúde foram elaboradas da mesma forma perguntas que permitissem analisar de que forma cuidam dos idosos neste sector no que diz respeito a prevenção das complicações das doenças diagnosticados pelos médicos.

Com a entrevista direccionada aos idosos pode-se obter informações tais como, sexo, a idade, tipo de doença, número de vezes que foi internado pela mesma doença, por quem é cuidado em casa, (...), aos familiares inclui-se idade, escolaridade, laço de consaguidade com o idoso, formas de prevenir complicações da doença apresentada pelo idoso (...), e já nos profissionais foi de extrema importância saber anos de experiência profissional, quais as medidas de prevenção de complicações das doenças nos idosos (...).

Procedimentos Éticos

De acordo com Fortin, (1996: 114). “De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Na elaboração de estudos de investigação, não se pode descuidar-se dos aspectos éticos, neste caso a investigadora procedeu de forma a garantir o sigilo, segurança e manter o anonimato dos participantes, demonstrando sempre a ética e o profissionalismo exigidos.

Os aspectos éticos foram respeitados em todo o percurso desta pesquisa. Primeiramente, foi encaminhado uma solicitação para o director do HBS em São Vicente, de seguida foi tomado conhecimento pelo Director do respectivo Campo empírico, ou seja o local onde decorreu toda a trajectória da pesquisa.

Busquei a forma de dialogar com a população alvo, com objectivo de interagir e aproximar de melhor forma delicadamente e conseguir que fizessem parte do presente estudo, com os idosos, familiares e profissionais bem como demonstrar conhecimento técnico-científico, o que facilitou o processo de interacção com os mesmos. Para alcançar a interacção com as pessoas participante, Lenardt (1996:144) aponta que há necessidade da vivência de dois elementos: competência sócio - afectiva, que é comportamentos como, respeito, alegria, atenção e carinho, e competência técnico-científica, definida como destreza manual, postura, criatividade e conhecimento científico.

A pessoa foi informada que toda e qualquer informação que a possa identificar, bem como a sua identidade não serão divulgados. Para os profissionais de saúde do mesmo sector foram informados e comunicados a cerca do trabalho a ser desenvolvida pela investigadora e concordaram em participar com maior disponibilidade e confiança.

Para tal as pessoas assinariam previamente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), onde tomaram conhecimento sobre o estudo a ser realizado e concordaram em tomar parte da pesquisa, para que os objectivos traçados pudessem ser alcançados pela investigadora.

Ainda, na óptica de Monteiro (2007:87) o TCLE é a norma aplicada ao princípio do respeito à autonomia do voluntário que participe de uma pesquisa; trata-se de um documento que garante o reconhecimento do sujeito como um ser livre para exercer uma escolha. O consentimento deve garantir a voluntariedade, partindo do pressuposto de que o participante ou representante legal encontra-se capacitado para tomar uma decisão.

Posteriormente o idoso ter aceitado participar da pesquisa, pedi consentimento para gravar a entrevista. As entrevistas foram realizadas no quarto dos pacientes; este ambiente proporcionou privacidade (com biombo), devido à presença apenas da pesquisadora. O documento foi lido em conjunto com o idoso, sendo que, durante a leitura, busquei esclarecer todas as dúvidas, utilizando linguagem “crioula” para que pudessem entender melhor, bem como garantir o direito ao mesmo, da desistência em qualquer momento do estudo. De igual modo foi entrevistado aos familiares.

Tratamento de dados

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas posteriormente na íntegra. As entrevistas foram realizadas de forma clara e coerente, estruturadas e individuais, realizadas pessoalmente aos profissionais de saúde que participaram e as entrevistas aos idosos foi realizado junto a um cuidador informal. Falou-se do trabalho, assim como dos objetivos, tendo sido solicitada autorização para gravar as entrevistas.

Análise de Dados

Nesta abordagem, pretende-se descrever os resultados obtidos do presente estudo de investigação através dos dados colhidos, na entrevista, com a população alvo. Pois, na versão de Richardson (2008:68), no caso de análise quantitativa, deve especificar o tratamento dos dados através de tabelas, gráficos e testes estatísticos. Já no caso de análise qualitativa, especificar as técnicas utilizadas como: (documentário, de conteúdo ou histórico).

Assim, a apresentação será feita através de Tabelas, Gráficos, devidamente identificados, apresentados posteriormente à análise dos dados constantes da tabela/Gráfico correspondente. A análise de dados foi feita pergunta analisando a importância de cada questão e algumas das respostas obtidas que considero pertinentes principalmente os idosos e os profissionais de saúde.

1. Apresentação de dados da população - alvo

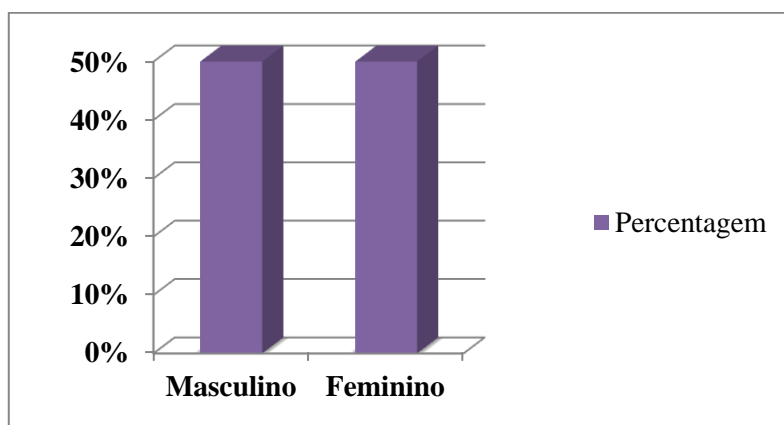
A amostra a que refere o presente estudo é constituída no total 30 elementos, 10 idosos internados, 10 enfermeiros e 10 familiares dos idosos.

1. Características Sócio- Demográficas dos Idosos Internados no serviço de Medicina no Hospital Baptista Sousa (HBS) em São Vicente.

1.2. Perfil dos sujeitos da pesquisa

Quanto ao género, 50% dos entrevistados são do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Os números apresentam de igual a mesma percentagem de modo a conhecer quais as melhores qualidades de vida que ambos têm com essas doenças crónicas.

Gráfico: 2 Repartição gráfica 2ºo género dos idosos



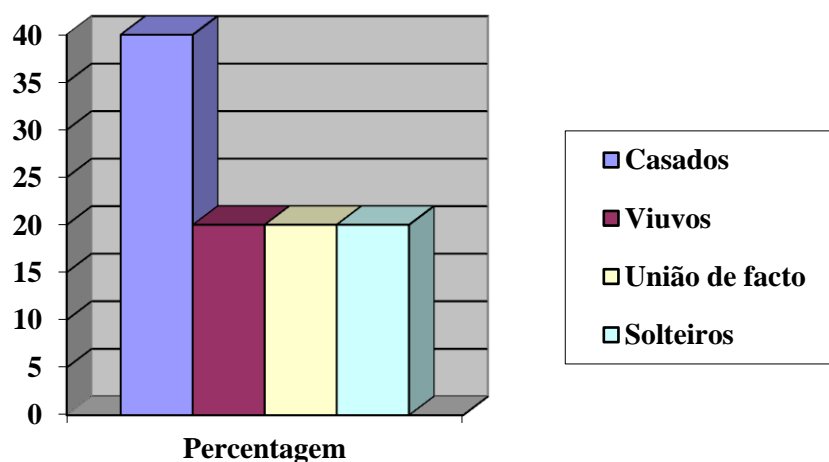
A idade dos idosos do presente estudo de investigação variou-se entre 65 á 98 anos de idade, sendo que os idosos entre 65 á 75, e 76 á 85 têm a mesma percentagem maior em relação a faixa etária que varia entre 86 á 98 anos de idade.

Tab: 1. Distribuição Segundo Idade

Faixa etária	Número de idosos	Percentagem
65-75	4	40%
76-86	4	40%
87-97	2	20%

Gráfico 3: Distribuição gráfica segundo a situação Conjugal dos idosos

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria dos idosos do estudo são casados, onde constata-se 40% casados, 20% viúvos, 20% é união de facto e 20% também é solteiro.



Tab: 2: Repartição segundo o número de filhos, netos e bisnetos

Em relação ao número de filhos, netos e bisnetos, verificou-se que 30% dos idosos entrevistados tem 4 (quatro) filhos, 10 (dez) netos e 3 (três) bisnetos, 20% tem 5 (cinco) filhos, 3 (três) netos, 20% tem 2 (dois) filhos, 20% tem 7 (sete) filhos e 8 (oito) netos, 10% tem 2 (dois) filhos e 4 (quatro) netos.

Nº de Idosos	Nº de filhos/netos/bisnetos	Percentagem
3	4 Filhos 10 netos e 3 bisneto	30%
2	5 Filhos, 3 netos	20%
2	7 Filhos e 8 netos	20%
2	2 Filhos e 4 netos	20%
1	2 Filhos e 4 netos	10%

Tab: 3Repartição segundo o nível de escolaridade nos idosos

Na tabela abaixo verificou-se que, no que diz respeito a nível de escolaridade, 30 % dos idosos entrevistados, 3 (três) estudaram até segunda classe, 20%, 2 (dois) tem primeira classe e os restantes 50% nunca frequentou escola, 5 (cinco) não tem escola.

Idosos	Nível escolaridade	Nº de Idosos	Percentagem
65 -75	2ª Classe	3	30%
76-86	1ª Classe	2	20%
87-97	Não tem escola	5	50%

Tab: 4Representação 2º as Doenças responsáveis pelo Internamento nos Idosos no serviço de Medicina/HBS

Doenças	Tipos das doenças nos idosos	Nºde idosos Percentagem
	Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	2 Caso-20%
	AVC (Acidente vascular Cerebral)	1 Caso-10%
	Hipertensão Arterial (HTA)	2 Casos-20%
	Diabetes Mellitus Tipo II	2 Casos -20%
	Pneumonia lado direito	1 Caso-10%
	DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica	1 Caso -10%
	Insuficiência renal crónica	1 Caso-10%

Observa-se que na tabela com as referidas doenças apresentadas dos 100% dos idosos entrevistados, 20% dos idosos internados apresentavam doença cardiovascular como a insuficiência cardíaca congestiva, 10% tinha sofrido acidente vascular cerebral, 20% eram vítimas de Hipertensão Arterial, 20% também com Diabetes Mellitus tipo II, 10% estavam com quadro de pneumonia do lado direito, 10% estava com doença pulmonar obstrutiva crónica, e 10% era portador de insuficiência renal crónica.

Estas doenças apresentadas, na maioria das muitas vezes, impedem que os idosos realizem tarefas do seu dia-a-dia e podem causar dependência de outrem.

Tab: 5Repartição de acordo com o número de Internamentos

Faixa Etária dos idosos	Nº de idosos	Nº de internamentos
65-75	3	1ª Vez
76-86	3	3ª Vezes
87-97	4	2ª Vezes

Pois, na tabela acima refere-se o número de internamento pelos idosos da mesma doença, onde consta-se que o número maior apresentado pelo motivo, compreende a idade de 76 á 86 anos de idade.

2.Análise e Interpretação de conteúdo dos entrevistados

Nesse sentido, quando a análise de conteúdo é escolhida como procedimento de análise mais adequado, como em qualquer técnica de análise de dados, os dados em si constituem apenas dados brutos, que só terão sentido ao serem trabalhados de acordo com uma técnica de análise apropriada. Mozatto (2011:47). Para Flick (2009:5), a análise de conteúdo, além de realizar a interpretação após a colecta dos dados, desenvolve-se por meio de técnicas mais ou menos refinadas. Dessa forma, a análise de conteúdo se vem mostrando como uma das técnicas de análise de dados mais utilizada no campo (...). Continua salientando que diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise comunicações, que tem como objectivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados colectados. Como afirma Chizzotti (2006:98), “o objectivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesta ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

1.1.Entrevista dirigida aos Idosos no serviço de medicina no HBS, em São Vicente

Expressões-chave dos Idosos: Para descrever algumas respostas, apresentado pelos idosos entrevistados em cada pergunta de uma forma ética e com sigilo como referido nos procedimentos éticos para uma pesquisa de investigação, foi necessário utilizar letras alfabéticas do primeiro nome dos participantes a forma de confidenciar e manter o anonimato. De acordo Catarina Frois (2010:173) independentemente das várias formas e contextos em que é usado o anonimato, considero que o seu apelo se prende com a possibilidade de a pessoa estabelecer uma relação com os outros sem que lhe seja atribuída responsabilidade pela sua própria acção. A entrevista é realizada para 10 (dez), idosos internados no serviço de medicina, onde as letras podem ser repetidas nas perguntas diferentes.

1. Para si, quem é uma Pessoa Idosa?

Na forma de adquirir respostas diferentes ou por coincidência iguais, em relação sobre quem é considerado uma pessoa idosa, para os idosos entrevistados foi necessário auferir três vertentes, cujos aspectos chaves foram agrupadas em três categorias. Entre os quais são apresentados a categoria **A**, **B** e **C**. Os resultados foram obtidos de forma adequada, na medida em que, as descrições dos sujeitos da pesquisa foram analisadas através das vertentes acima referidos e foi utilizado uma metodologia quantitativa e qualitativa, na entrevista semi-estruturada.

Na categoria **A**, numa população idosa de 100%, 30% responderam que são pessoas que já não conseguem satisfazer algumas necessidades com era antes, na categoria **B** 50%, responderam que são pessoas com idade igual a eles ou seja, acima de 60 anos, e que na categoria **C**, 20% não souberam responder a questão.

Categoria A: São Pessoas que não consegue satisfazer algumas necessidades como antes.

A percentagem dos idosos que afirmaram que pessoas idosas são consideradas quando já não conseguem satisfazer algumas necessidades, isto, devido da diminuição da capacidade biopsicosocial. E também das doenças presentes tornam-se cada vez mais dependentes dos familiares para satisfazerem as suas necessidades principalmente as básicas (higiene, vestir entre outros). A diminuição de actividade, a perda de forças, movimentos e memória são os grandes problemas referidos pelos idosos entrevistados.

Segundo Lemos (2012:1), a construção da sociedade ocorre de forma natural onde todos contribuimos um pouco, através dos valores, costumes, crenças e comportamentos que vamos desenvolvendo ao longo da vida. Com o avançar da idade o indivíduo vai sofrendo alteração no seu quotidiano devido ao declínio das suas capacidades e funcionalidades, o que os torna mais dependentes de uma rede de cuidados formais ou informais, para dar resposta às suas necessidades.

IP- 78 anos de idade:*Ah, na minha opinião, pessoas velhas é quando já não conseguem satisfazer algumas coisas como antes, porque na medida que a idade aproxima vai perdendo algumas capacidades, perdendo a fraqueza e os movimentos (...). Quando sente-se cansado de qualquer coisa (...) enfim a memória vai ficando fraca (...).meu caso, a doença fez-me sentir ainda mais velha, por causa dos sintomas, principalmente quando*

internei pela primeira vez neste hospital devido de trombose (...) asvezes eu tinhadificuldade, tomar banho sozinho, vestir, e sou diabética, tenho que tomar os remédios.

De acordo com os idosos apresentam a definição das pessoas idosas como sendo alguém com diminuição das actividades, perda de flexibilidade, movimentos e memória apareceu um dos aspectos importantes no processo de envelhecimento.

Conforme salienta Sequeira (2010:11) a avaliação precoce do idoso apresenta como benefícios a adaptação das intervenções de acordo com as necessidades e capacidades de resposta do idoso, prevenindo o agravamento da dependência e o aparecimento de outras complicações. O correcto diagnóstico do idoso permite que o cuidador satisfaça as necessidades do idoso promovendo um cuidado mais efectivo.

Categoria B: São pessoas com idade superior á 60 anos

Na versão desses idosos que classificaram pessoas idosas a partir de 60 anos de idade de acordo com os seus conhecimentos e pelo que sentem, é uma fase que são observadas de uma forma natural na vida. Os idosos entrevistados nesta vertente, pessoas idosas de qualquer forma são considerados de acordo com idade superior a 65 anos.

Vasconcellos (1996: 13) diz que “Define-se velho aquele indivíduo commais de 60 anos, mas não há nesta idade nenhum marcador que possa identificaresto indivíduo como velho” O mesmo afirma que:

Embora a velhice seja definida pela Organização Mundial da Saúde (ONU) como sendo o período de idade acima dos 65 anos, ou ainda, seja considerada em função de determinadas alterações corporais, não necessariamente está definida a nível de sociedade em geral, exclusivamente através destas marcas biológicas, ou mesmo temporais, mas sim, também a partir de outros elementos, construídos por esta mesma sociedade.

IM 69 anos de idade: *Eu estou com essa idade e sinto-me que já não sou adulto nem jovem, sinto-me que já entrei na fase de velhice. Já tenho 10 netos, 3 bisnetos neste caso, não considero-me adulto. De vez em quando tenho dores nas “juntas” (...) uma pessoa tem que saber, compreender, enfrentar os desafios na medida que a idade aproxima, porque é uma coisa normal davida (...).*

Para Ferrari (1999:198) a velhice não pode ser definida pela simples cronologia e sim pelas condições físicas, funcionais, psicológicas e sociais das pessoas idosas. Há diferentes idades biológicas, subjectivas, em indivíduos com a mesma idade cronológica. O que

acontece, é que o envelhecimento é muito pessoal; ele constitui uma etapa da vida com realidade própria e diferenciada, limitada unicamente por condições objectivas externas e subjectivas.

Categoria C: Não responderam a questão, quem são pessoas idosas.

De acordo com Louise-Berger e Danielle (1996:63) as atitudes da sociedade face á velhice e os idosos são sobretudo negativas e em parte são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento. A velhice é tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável e todas as intervenções empreendidas para a prevenir são voltadas ao fracasso.

Nessa percentagem de 20%,dois idosos compreendidos a idade entre 65 á 99 anos de idade, não souberam responder a seguinte questão acima referido, pois, isto devido de poucos conhecimentos, ou também poderia ser por outra razão, anível sobre os ciclos da vida.

IB 81 anos de idade: *Não sei, não sei responder, porque os meus pais, não colocaram-me na escola, portanto não sei, quem é considerado uma pessoa idosa. (...)*

2-Para si, o que é saúde e doenças nas pessoas Idosas?

Para os idosos, na definição da saúde, 50% responderam que é não ter doença, (**A**), 20% acham que saúde é poder fazer tudo aquilo que quiser, (**B**), e 30% responderam que é estar bem em todos os aspectos da vida (**C**). Enquanto, a nível de Doenças, na categoria **A**, 40% sugeriram que doenças são sintomas de mal-estar geral manifestadas pelo organismo, em **B**40% acham que é algo deixado por DEUS, ou seja baseiam-se nas crenças religiosas, e **C** 20% acham que é o estilo de vida desde de juventude.

Categorias sobre a definição da Saúde

Categoria A: Não ter Doença

Na perspectiva dos idosos, essa percentagem acharam que para alguém ser saudável, é ausência de doenças, e conseguem viver bem e melhor. Para os mesmos, continuam salientando que, basta viver sem doenças é muito importante, não perturbam os familiares, não comprem medicamentos e podem viver por muitos anos de vida. Se a doença os entristece, a saúde os faz sentirem alegres. Quando saudáveis, podem praticar aquilo que os deixam felizes.

A saúde é um conceito que tem sido debatido e definido de muitas maneiras. A mais familiar e mais vezes citada das definições é a organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), que afirma “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Apesar de esta definição reflectir claramente um conceito holístico da saúde que reconhece não só o aspecto físico como os aspectos sociais e emocionais da saúde, ela pode representar também uma meta algo irrealista para promotores de saúde. Por exemplo, poderá uma mulher de 77 anos de idade com osteoartrite e que viva sozinha, ser alguma vez considerada completamente saudável com a definição, Anne squire (2005:8).

IL 80 anos de idade: *Mim se eu não estivesse doente, não estaria aqui internado, (...), tenho essa doença (insuficiência renal crónica), desde de 54 anos de idade, teria saúde se não tivesse essa doença. Sinto-me um pouco preocupado, porque minha família faz muito esforço comigo, comprem muitos remédios e nem sempre têm dinheiro para isso. Fazem aquilo conforme há disponibilidades (...). A doença é assim, é canseira, é tudo isso (...), porque é difícil uma pessoa sem problema nenhum (...) Se um lado está bom e o outro não, já fica meio complicado (...).*

Categoria B: Poder fazer tudo aquilo que quiser.

Os 20% responderam que ter saúde, é fazer tudo aquilo que quiser. Pode ir onde apetercerem, dão bem com as pessoas, passear, ir as compras, comem um pouco de tudo, e basta dar bem na vida.

IA 67 anos de idade: *antes de ser diagnosticado essa doença, eu dava bem na vida, e ainda eu estou bem porque consigo fazer tudo aquilo que apetece-me (...), mas agora, tenho que ter mais cuidados por causa da doença, mas não impede-me de fazer aquilo que eu quiser. Gosto de viajar, a minha alimentação já agora é dieta (...), não uso bebidas alcoólicas, não fumo (...). Ter paz com a família e com a vida própria. O que manda é o espírito da pessoa (...) amizade com as pessoas, se dar bem com elas, meus filhos, meus netos.*

Categoria C: Estar bem em todos os aspectos da vida

Os idosos que acharam que, saúde, é estar bem em todos os aspectos da vida, sente - se que mesmo com doenças, não deixam de viver, porque segundo eles, a doença não é sinónimo de morte. Não preocupam-se muito porque já é de costume com as doenças. Dão

bem em todos sentidos de vida no dia-a-dia. Ainda referem que é basta estar vivo, sem perturbar os outros, e viver sem turbulências com as pessoas. É sentir-se bem, dar bem com as pessoas, ir a igreja, não ofender as pessoas e entre outros.

A autonomia da pessoa idosa está ligada à sua capacidade funcional, principalmente no que se refere ao desempenho das actividades da vida diária, à manutenção da capacidade funcional e à autonomia, que conferem ao idoso a sensação de bem-estar ou uma boa qualidade devida, independente de sua idade. Rodrigues et al (2005:497)

O significado de saúde está fortemente ligado às actividades de vida diárias. De um modo geral, as respostas obtidas para este questionamento, levam a crer que qualquer evento que interfira directa ou indirectamente na rotina, nos afazeres domésticos, no trabalho e até no lazer, estão ligados a problemas e saúde. Aliada a isto está a ideia de que estar saudável é *fazer coisas*, ou seja, conseguir desempenhar os papéis e funções do dia-a-dia e as actividades pessoais ou de auto-cuidado.

IN, 69 anos de idade. *Estou internado, mas sinto-me que viver não é só com doenças (...). É viver em todos os sentidos. Não preocupa-me muito com essa doença (...), nada impede-me de fazer as minhas necessidades, e outros aspectos de viver. eu tenho uma boa relação com a minha família, portanto considero-me que ser saudável ,não é somente o facto de estar doente .Doença é uma coisa natural (...), basta tomar os remédios e pronto (...).*

Categorias sobre as Doenças

Categoria A: Doenças são sintomas de mal-estar geral manifestadas pelo organismo

Na resposta anterior, essa percentagem de idosos enquadrados na categoria **A** que referem, doenças são sintomas de mal-estar geral, manifestadas pelo organismo, pois são vividas pela experiencia da doença e o motivo de internamento neste serviço, levam a afirmar a seguinte questão pela investigadora. Ainda para os mesmos, na medida que começam a tomar medicamentos, logo conseguem entender o que são doenças.

Na versão de Silva (2004:8) refere que no seu dia -a - dia, as pessoas vivem sem necessariamente pensar na saúde. É aliás isso que mostra a maior parte dos estudos: a maior parte das pessoas só pensa em saúde quando tem sintomas de doenças. A saúde só se torna preocupação quando se torna perceptível a ameaça da doença.

ID 97 anos de idade: *Por mim, doenças, é quando alguém sente-se mal em casa ou em qualquer lugar, e logo de ter chegado no Hospital o médico diz o tipo de doença, que*

apresenta (...), como no meu caso, já internei neste serviço duas vezes, na 1ª vez internei devido de diabete mellitus, níveis elevados de colesterol e Hipertensão arterial. E pela 2ª vez, devido de insuficiência renal (...). Em casa, eu urinava sempre, vomitava, tinha muita sede, tonturas, (...) Doença é, como que se diz, um descontrole da saúde que faz com que alguma coisa fique pesada, descontrolado no comportamento de uma pessoa. E é isso que é a doença (...).

O modo como os idosos percebem a doença, depende, dentre outros aspectos, do tipo de relacionamento que estabelece com o adoecer, bem como, o conhecimento que possui a despeito da doença que o acometeu, e/ou, o significado que atribuiu à própria doença ou a de outrem. Constantemente, a busca pelo significado da doença abarca vários aspectos da vida pessoal do indivíduo, Rodrigues e Caroço (1998:141).

Categoria B: Algo deixado por DEUS

Os idosos referem que doenças são algo deixadas por Deus, de facto a maioria são muitos católicos acreditam que tem cura com fé, sabendo que é uma coisa misteriosa, e que antigamente, as pessoas quando adoeciam, poucos recorriam a medicamentos e com um certo tempo a pessoa doente recuperava de imediato. Toda a percentagem dos idosos participantes da pesquisa relataram acreditar em Deus. Na velhice esta relação homem/Deus parece estar acentuada. A experiência de vida permite ao homem atribuir e conferir a Deus, parte da responsabilidade relativa ao próprio cuidado. Para eles, a doença é uma barreira que tem que ser enfrentada com muita fé, coragem e força de vontade, com fé em Deus. Conforme Oliveira (2003:55) “o laço com o sagrado, a fé, em algum momento da existência humana, parecem servir como “âncora” ao alívio das pressões a que o homem se vê exposto. Tal alívio, por um lado amortece as dores naturais de quem enfrenta barreiras e, ao mesmo tempo, os ampara”.

IS 84 anos de idade: *É primeira vez que interno no hospital, já adoenci muitas vezes, mas recorre poucos medicamentos, porque acredito que Deus existe, ele é que deixou doenças, portanto ele mesmo a cura. (...) Sou muito católica, vou a igreja todos os domingos, creio que a minha doença é passageira, há que ter fé em Deus. Ele é o ser todo-poderoso, acredito que ele mesmo vai terminar a minha doença. Estou internada, devido de problemas de coração (insuficiência cardíaca congestiva). Estava com dificuldade de respirar, cansaço rápido (...) muitas vezes tem doenças que os doutores não sabem encontrar (...)*

De acordo com Veríssimo (2004:175), o sagrado é experimentado. Ele só adquire um carácter fenomenal, quer dizer, que vem às pessoas, desvela-se, mostra-se, torna-se vivo, pulsante, instigante, provocador, a partir da vivência. Experimentar o sagrado significa, positivamente, senti-lo, pensá-lo, interrogá-lo, estabelecer uma relação com ele, confiar nele, entregar-se.

Na versão de Kusnier (2007:99), O idoso é um ser que vive o sagrado, pratica a religiosidade, acreditando profundamente no poder e força positiva que esta proporciona à sua existência, no enfrentamento da vida, principalmente quando se percebem doentes. Buscam na religião e nas pessoas que professam a mesma, ajuda e conforto. Cada experiência religiosa apresenta-se como uma ligação profunda e envolvente do homem com o sagrado. Sempre que o homem entra em contacto com o sagrado (o divino, o transcendente) pode-se dizer que este vive uma experiência religiosa. Em cada religião o transcendente se expressa sob diversas formas e assume diversas figuras: Deus, deuses, anjos e espíritos.

Categoria C: É a forma do estilo de vida desde de juventude

Nessa minoria de percentagem de 20% argumentam que é derivado do estilo de vida desde de juventude. Todos nascemos, mas para viver há que enfrentar muitos obstáculos e que doença é uma delas. Quando a idade vem aproximando, devido dos factores predisponentes no passado, começam a surgir no futuro. Os idosos que afirmam não ter muito cuidado consigo nesta fase de sua vida, muito provavelmente, não se “cuidavam” em etapas anteriores à “chegada” ao envelhecimento.

Assim conforme Moreira (1996:2) A infância e a juventude são consideradas idades fundamentais na aquisição de hábitos duradouros, como a prática de actividade física até à idade adulta, de facto, a promoção da actividade física na infância e juventude baseia-se em parte, no pressuposto de que os hábitos do estilo de vida, a actividade física se desenvolvem durante estes períodos e se mantêm até à idade adulta. Nestas estão incluídas a obesidade, diabetes, hiperlipidemia, hipertensão, problemas de coluna crónicos, ansiedade, *stress*, depressão entre outras, que estão intimamente associadas à falta de exercício físico.

IF 76 anos de idade: *Quando era jovem, eu e os meus amigos saíamos todos os fins-de-semana, abusava do álcool, fumava muito, eu era guarda de uma empresa, tinha uma vida sedentária, não tinha uma alimentação como deveria fosse, comia fora das horas,*

enfim (...), logo quando comecei a sentir os sintomas da doença actual (neopalsia do pulmão), meus familiares aconselhavam-me de evitar esses factores, nem ouviam e (...), mas hoje se estou internado neste serviço de hospital já tenho uma noção de que essas são as principais causas (...).

3.Quais foram os factores de riscos que causaram o seu tipo de Doença actual?

Neste número de população, os idosos nomeados, na categoria **A** 50% responderam que são causados pelo uso de bebidas alcoólicas, tabaco, alimentação inadequada, estilo de vida, falta de praticar exercícios físicos, na categoria **B**, 30% acham que são factores hereditários e já **C**, 20%, não sabem a origem da doença.

Categoria A: Factores de riscos: bebidas alcoólicas, sedentarismo, uso de tabaco, alimentação inadequada, estilo de vida, falta da prática exercícios físicos.

Aproximadamente a maioria dos idosos responderam que o motivo de internamento é derivado pelos factores acima mencionados. Os discursos dos idosos são expressões de seus hábitos de vida. Todavia, grande parte deles é sedentária. O facto de eles carregar uma sombra de descuido, da vida, pois é inerente a condição humana.

Nesta parte alguns idosos relataram ser fumantes de longa data. Consumiam quantidade relevante de cigarro, chegando a fumar 20 cigarros por dia. Ao mesmo tempo, admitem não se sentirem confortáveis em algumas situações relativas ao fumo, como acontece quando não podem praticar o vício em qualquer ambiente.

O conceito de factor de risco de doença é hoje em dia absolutamente central na prática clínica, especialmente na sua vertente preventiva. Deste modo, torna-se cada vez mais essencial o conhecimento das potencialidades dos factores de risco como elementos preditivos do desenvolvimento de doença, como elementos de pré-diagnóstico e como pontos-chave sobre os quais se deve actuar de modo que as intervenções sejam maximamente efectivas, Vaz, Santos e Carneiro (2005:121).

A evolução do conceito de factores de riscos desde a década de 80 deixa patente a dimensão psicossocial e no período de 1995 a 2005 percebe-se nos estudos realizados por Hutz (2007:123) que a denominação recorrente de factores de risco é de “eventos stressantes da vida”, considerados como quaisquer mudanças no ambiente que induzem a um alto grau de tensão e interferem nos padrões normais de resposta do indivíduo, associados a uma grande variedade de distúrbios físicos e mentais.

De acordo com Oliveira (1998:34), uma “boa alimentação” assume papel preponderante como forma de manter a saúde: por um lado, contribui para não deixar o corpo susceptível às doenças e, por outro, auxilia na recuperação do corpo doente. A alimentação pode ser entendida também, como causa ou consequência da doença, ou seja, pode-se ficar doente por não se alimentar correctamente.

IL 88 anos de idade: *moro sozinho, sou solteiro, tenho dois filhos e quatro netos, mas não vivem comigo, não tenho contacto com os meus familiares, a minha vida é assim, sedentária, o corpo já é fraco, quando era jovem fumava o meu “canhoto” e bebia alcoolismo também, comia tudo o que a natureza fornece (...) neste momento estou internado pela 3ª vez por causa de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), ninguém cuida de mim, a pessoa que vem visitar-me é meu vizinho.*

Categoria B: Factores Hereditários

Nesta categoria, na percentagem como tinha referenciado anteriormente, sugeriram que são doenças hereditárias dos antecedentes familiares. Conforme salientaram que têm um estilo de vida saudável, sempre cuidavam bem da vida e estão frequentemente nos seus médicos. A percentagem refere que os sintomas das doenças actuais surgiram desde de juventude, como o caso de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Para Almeida et al (2000:107) a hereditariedade constitui um dos principais factores etiológicos pré-natais das más oclusões. O padrão de crescimento e desenvolvimento sofre forte influência dos factores hereditários. Existem certas características raciais e familiares que podem comprometer a morfologia de um indivíduo.

IA 67 anos de idade: *Desde de 35 anos de idade sou portador de diabetes mellitus e Hipertensão arterial. Minha mãe era diabética e meu pai era hipertenso também (...), por isso creio que as minhas doenças actuais são hereditárias, porque sempre cuidei bem da vida com boas qualidades de viver. Prático sempre caminhadas, bebo muita água, alimento-me bem, evito o excesso de sal, açúcar (...), enfim os meus familiares cuidam bem da minha doença principalmente a minha mulher.*

Categoria C: Não sabem a origem da Doença.

Para a percentagem apresentada, 20% respondeu que não sabem o motivo da doença, porque nunca fumaram, não consomem bebidas alcoólicas, têm sempre atenção na alimentação, pratica sempre exercícios físicos, bebem muita água, e acham que é devido o processo de envelhecimento. Na medida que envelhecem acham que as doenças começam a surgir.

Segundo Gomes e Mendonça (2002:117) “a experiência da doença, necessariamente, implica alterações no modo de vida pessoal e social, podendo conter a adopção de estratégias e novas percepções sobre essa nova situação”. Para os idosos, o *stresse* pode ser factor causal de doença. Esta, não precisa necessariamente ser decorrente de alterações físicas do organismo, tendo a questão psicológica, grande influência no processo patológico.

Abordar a experiência da doença segundo essa concepção - que a vê como problema a ser resolvido - permite-nos, além do mais, compreender por que o conhecimento que as pessoas têm e relatam acerca da doença é marcado por contradições e vastas zonas de imprecisão: estas reflectem o conjunto de experiências por meio do qual tal conhecimento foi e está sendo adquirido. Antes de ser uma questão intelectual sobre a qual é preciso teorizar, a doença é uma questão prática; o que explica porque os indivíduos, uma vez que se sintam capazes de colocá-la sob controlo, suspendem o processo de questionamento e problematização a que se haviam dedicado, Rabelo, Alves e Sousa (1999:17).

IJ- 91 anos de idade: *tenho essa idade sou casada, tenho 2 filhos e 4 netos, moramos juntos, mas na verdade não sei o motivo da doença, porque sempre cuidei da minha saúde, não uso bebidas alcoólicas, nem fumo, tenho cuidados com a alimentação.*

4.Quais são as intervenções de enfermagem direccionadas no processo de tratamento de doenças neste serviço?

Nesta pergunta, numa percentagem de 100% dos idosos, os dez (10 idosos) responderam que, os profissionais, neste serviço no processo de tratamento das suas doenças, têm sempre cuidados apropriados sem quaisquer intercorrências. Eles, avaliam os sinais vitais, administram os medicamentos prescritos, alimentação, ajudam na higiene, comunicam os familiares sobre os medicamentos que devem ser comprados em caso se farmácia do hospital não houver, estão sempre de vigilância, fazem educação para a saúde, após de convalescença, acompanhado com os familiares.

Cavalcante (2009:24) define intervenção de enfermagem como “qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente. Os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem quando interligadas, conduzem as acções do enfermeiro satisfatória e precisamente, constituindo uma alternativa para o planeamento, reflectindo na melhoria da qualidade do cuidado prestado e consequentemente, na melhoria dos

resultados apresentados. Ainda, a identificação das intervenções poderá conduzir na selecção de habilidades e competências esperadas durante a graduação e pelos distintos profissionais que a compõem equipe de enfermagem.

IP- 78 anos de idade: *já faço duas semanas internado neste serviço de medicina, o tratamento que os profissionais têm comigo é bom (...). Sempre estão com disponibilidade e simpatia comigo, reparam a minha tensão arterial, dá-me remédios sempre nas horas, as vezes ajudam-me na higiene caso necessário (...), não há algo de errado para referir. Cuidem bem de mim. (...)*

5.O que você acha que os profissionais de saúde poderiam fazer para diminuir as complicações da doença que o afecta?

A percentagem dos idosos 50%, responderam na categoria (A) que, para que os profissionais de saúde minimizam as complicações das doenças, estes devem ter mais cuidados com os doentes. Na categoria (B), 30% responderam que devem criar mais estratégias para eliminar certas complicações, e 20%, (C) responderam que os profissionais deveriam fazer ensino nos domicílios.

Categoria A: Mais cuidados com o Doente

Esta categoria os 50% dos idosos acharam, que para evitar certas complicações nos mesmos, há que ter mais cuidados de enfermagem, não deixar os doentes sem observar.

Não há dúvida que os cuidados de enfermagem existem num contexto que privilegia o uso da ciência, da tecnologia e da experiência humana com a finalidade de travar e irradiar o processo patológico. Esta finalidade é lícita e desejada quando tem em conta a pessoa e a sua situação de vida, mas pode ser lesiva quando recorre a meios que ignoram ou relegam para um plano mais secundário o relacionamento entre a ciência, a tecnologia e a, humanidade da pessoa.

IM- 84 anos de idade: *Sim, os enfermeiros devem estar sempre com cuidados com os doentes, atender quando nós chamamos eles, ser simpáticos com os doentes, ter mais paciência connosco dessa idade, enfim fazer aquilo que o doente sente satisfeito e bem (...), mais respeito, privacidade e segurança nos hospitais, evitar os perigos para nós doentes (...) essas coisas assim.*

Conforme Pupulim e Sawada (2002:434) A condição de enfermidade gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controle sobre si mesmo. Os doentes encaram a hospitalização como factor de despersonalização por reconhecerem dificuldade para manter sua identidade, intimidade e privacidade.

A enfermagem não pode ignorar que, ao cuidar do doente, toca-lhe o corpo e o expõe, muitas vezes sem pedir autorização, adoptando uma postura de “poder” sobre o corpo de outrem. O doente pouco questiona essa invasão porque, na sua percepção, ela é necessária para sua recuperação, porém demonstra constrangimento, vergonha e embaraço, (*ibid*:43).

“Cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência.” Implica também prover indivíduos ou grupos de conhecimentos para que estes possam auto-cuidar-se, Souza et al (2005:267).

Categoria B: Estratégia para eliminar certas Complicações

30% Acharam que devem criar estratégias para eliminar algumas complicações, uma vez que, os profissionais de saúde adquirem conhecimentos aperfeiçoados através das altas tecnologias e assim sensibiliza a sociedade as melhores condições de viver com boas qualidades mesmo com doenças.

Nesta faixa etária torna-se relevante conhecer e reconhecer os indícios das alterações de saúde, em especial as complicações das doenças crónicas que deixam os idosos ainda mais vulneráveis, colocando em risco a sua própria vida, e desta maneira sintam-se motivados para a orientação do cuidado, potencializando o auto cuidado e a qualidade de vida, Berardinelli et al (2011:542).

Nesse sentido, considera-se vulnerável para complicações, qualquer pessoa, em especial a idosa, que não possui informação suficiente do processo saúde-lhas -cuidado, quando não valoriza as alterações físicas em seu próprio corpo, quando não reconhece os sintomas da doença que possui, quando se automedica e não se importa com a sua saúde.

Porém, para se compreender o processo de adoecimento, deve-se levar em conta a subjectividade dos sujeitos, compreendendo suas múltiplas dimensões, considerando os aspectos biológicos, ambientais, culturais, sócio -económicos, políticos, as questões de género, etnia, além do acesso aos serviços de saúde, Santos (2011:53).

Categoria C: Profissionais deveriam fazer ensino nos domicílios

20% Acharam que os profissionais deveriam fazer ensino nos domicílios, uma vez que sentem mais seguros com a família presente e de obterem mais conhecimentos, principalmente a família em conjunto. Dando continuidade, corroborando Roger e Bonet

(2000:27), quando afirmam que as pessoas passam a maior parte das situações de saúde/doença no seu domicílio, acompanhados da sua família, sendo a maioria dos problemas de saúde resolvidos sem a intervenção dos profissionais e só com a ajuda de pessoas mais próximas.

Contudo, os enfermeiros, quando é necessário devem atenderem as pessoas que necessitam de cuidados no domicílio, tendo em conta, não só a pessoa doente, mas toda a família, especialmente o cuidador que presta a maior parte dos cuidados que a pessoa doente necessita. Desta forma, o cuidado prestado à pessoa doente é partilhado pela família e pela equipa de saúde, (*ibid*:28).

Resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou actividades da vida, Sacadura (2007:9).

6. E você, que cuidados ou seja, quais as formas de prevenir as complicações da sua doença, após de ter convalescença Hospitalar?

O momento de alta hospitalar é aguardado com grande ansiedade pela maior parte dos idosos. Quando forem para casa, afirmam que vão se cuidar melhor, inclusive, das suas aparências física; os mais velhos têm que repousar com mais cuidados.

O discurso dos 10 idosos todos argumentaram que, após a convalescença irão cuidar de suas aparências, evitar os factores que prejudicam a saúde, ter uma alimentação correcta, seguir as orientações médicas e dos enfermeiros, para os que fuma e bebem vão tentar parar com o hábito, ficar perto da família e amigos, e entre outros para evitar certas complicações da doença.

Correlacionando a Boff (1999: 145) cuidar de nosso corpo implica cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, relações essas que passam pela higiene, pela alimentação, pelo ar que respiramos, pela forma que nos vestimos, pela maneira como organizamos nossa casa e nos situamos dentro de um determinado espaço ecológico. Esse cuidado reforça nossa identidade como seres nós-de-relações para todos os lados.

Para Deecken (1998:58) “a pessoa idosa possui sensibilidade delicada e aprecia mais a bondade que lhe é demonstrada; deve, pois, ser capaz de maior compreensão das necessidades dos outros e encontrar nela prazer em lhes demonstrar atenções pessoais e amor”. A força de ser pessoa idosa significa a capacidade de acolher a vida assim como ela é, em suas virtualidades e em seu entusiasmo intrínseco.

Corrobora com a citação Boff (2000:36) ao afirmar que o ser humano “é um ser de abertura, um ser concreto situado, mas aberto. É um nó de relações, voltado em todas as direcções. É só se comunicando, realizando essa transcendência concreta da comunicação, que o ser humano constrói a si mesmo”.

IL- 88 anos de idade: *Não me cuidava muito quando não estava doente. Eu não sou muito jeito de se alimentar na hora certa, dormir na hora certa. Moro sozinho, mas tenho vizinhos. Então, hoje dormi mal. (...) Quando for para casa, vou cuidar mais da minha aparência (...) Na alimentação, vou comer menos e saber qual alimento que devo comer, porque gosto de gordura, carne gorda, refrigerante, tudo isso vou cortar (...).*

2.Características Sócio – demográficas dos Profissionais de Saúde do Serviço de Medicina no HBS em São Vicente: Enfermeiros.

Tab: 6 Repartição de acordo com a idade

A tabela refere a idade dos profissionais, onde a faixa entrevistada têm a idade compreendida entre 30 á 39 anos, há cinco (5) enfermeiros, 40 a 49 anos, dois (2) enfermeiros, e 50 á 59 anos têm três (3) enfermeiros que trabalham no serviço de medicina no HBS em São Vicente.

Idade dos profissionais	Nº de Enfermeiros	Percentagem
30 á 39	5	50%
40 á 49	2	20%
50 á 59	3	30%

Tab: 7Repartição segundo o género:

Quanto ao género, neste serviço Hospitalar trabalham treze (13) profissionais de saúde, mas foi seleccionada dez (10), para o presente trabalho de investigação, onde na tabela abaixo, mostra sete (7) do sexo feminino, uma vez que a percentagem é mais elevada, em relação, ao sexo masculino que tem apenas três (3) enfermeiros do sexo masculino.

Género	Nº dos enfermeiros	Percentagem
Feminino	7	70%
Masculino	3	30%

Tab: 8Repartição segundo as habitações literárias:

Já na tabela seguinte, refere o grau de escolaridade dos profissionais, com 80 com 12º ano de escolaridade, e 30 com 5ºano de escolaridade.

Habitações literárias	Nº de enfermeiros	Percentagem
12º Ano de escolaridade	8	80%
5º Ano de escolaridade	2	20%

Tab: 9 Repartição segundo experiencia Profissional dos Enfermeiros

Nesta tabela abaixo, refere as experiencias profissionais que os enfermeiros têm desempenhado, enquanto na área de enfermagem, onde constata-se que a idade compreendida entre 30 a 39 anos, 40% tem 10 a 15 anos da profissão, 40 a 49 anos, 40% também, tem 16 á 19 anos de trabalho, já 50 á 59 anos 20% tem 20 á 29 anos de profissão.

Enfermeiros	Nº de enfermeiros	Exp: Profissional	Percentagem
30 á 39 anos	4	10 á 15 anos	40%
40 a 49 anos	4	16 á 19 anos	40%
50 á 59 anos	2	20 á 29 anos	20%

2.1. Entrevista dirigida aos Profissionais de Saúde: Enfermeiros no Serviço de Medicina

1. Para si, o que é doença nos Idosos?

Nesta entrevista com os enfermeiros, vai ser semelhante á dos idosos, onde vai ser descrito as respostas apresentadas pelos profissionais, a forma de adquirir os conhecimentos com sigilo no que diz respeito sobre o tema exposto, será atribuída com nomes dos Enfermeiro acompanhado com as letras alfabéticas a frente de **A á J**.

EA e EF- (20%), responderam que faz parte do processo de envelhecimento natural,

EB- (10%) acha que é o resultado dos maus hábitos que ocorre ao longo da vida,

EC e EH- (20%), responderam que são doenças associadas ao envelhecimento,

ED- (10%) É incapacidade física, mental e hemodinâmica de realizar as suas funções a partir dos 65 á 70 anos de idade,

EE- (10%) São doenças que começam a surgir partir dos 65 anos de idade por negligência de alguns factores de riscos,

EG- (10%) salientou que é quando os idosos não tem capacidade psíquica nem física, como satisfazer as suas necessidades,

EI- (10%) também é um estado patológico que acarreta perante a idade avançada,

EJ- (10%) É a capacidade funcional ao longo da vida que vai reduzindo a qualidade de vida

Na óptica de Potter e Perry, (2006:11) Doença é entendido “ como um estado em que o funcionamento da pessoa, em termos físicos, emocionais, intelectuais, sociais, de desenvolvimento, ou espirituais, está diminuído ou afectado, quando comparado com a

situação anterior”. Para melhor entender a doença torna-se necessário primeiro entender o conceito de saúde. A maioria das doenças crónicas que atingem os idosos tem, na própria idade, seu principal factor de risco. A presença de uma doença crónica não significa que o idoso não possa dirigir sua vida de forma completamente independente. A maior parte dos idosos, na verdade, é capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma ajuda (...), Duarte (2003:23).

Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crónicas degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos, (*ibid*:25).

De acordo com Assis (2004:11) o envelhecimento humano é um fato reconhecidamente heterogéneo, influenciado por aspectos socioculturais, políticos e económicos, em interacção dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjectiva dos indivíduos. Desta forma, a chegada da maturidade e a vivência da velhice podem significar realidades amplamente diferenciadas, da plenitude à decadência, da gratificação ao abandono, sobretudo em presença de extremas disparidades sociais e regionais.

As respostas adquiridas pelos profissionais de saúde, todos correspondem a semelhança da definição das doenças nos idosos. De modo que qualquer forma, cada ideia apresentada, reflectem os conhecimentos que estes têm desempenhado, com uma visão holístico quanto as doenças nos idosos.

2. Qual a reacção dos idosos internados neste sector perante a Doença?

1-Negação – EI (10%) 2-Aceitação-ED,EF,EH (30%) 3-Indiferença-EB,EE,EJ (30%)

Os participantes EA, EC, (20%) responderam que pode ser todas as alternativas, porque depende de pessoa para pessoa, EG- afirmou que depende da situação do idoso (10%). Quando um idoso, for diagnosticado uma determinada doença, pode ser que sintam todas essas reacções, uma vez que não estão preparados psicologicamente e muitas vezes podem leva-los a depressão, isto dependendo do estado espírito da pessoa, principalmente, quando começaram a tomar os medicamentos. Dando continuidade com o raciocínio, segundo Daniel Ferreira (2013:2) refere que muitas pessoas experimentam um sentimento deprimido em algum momento de sua vida. Algumas pessoas não contam a ninguém o que elas estão a passar, por medo de que os outros podem não as entender, não vão leva-las a sério, ou também podem culpa-las.

3. Quando é que se deve começar a prevenir as complicações das Doenças?

Na versão dos participantes, responderam as seguintes questões. Os enfermeiros:

EA, EC-EH-30% Devem prevenir após de receber a configuração do diagnóstico

EB, ED-20% Devem ser prevenidas desde de crianças

EF- EG-EI-EJ – EE-50% responderam a partir de 60 anos de idade

As complicações devem ser prevenidas antes da doença, a pessoa deve tomar os devidos cuidados com mais segurança para ter uma vida saudável. Mas, no que refere na prevenção das complicações de doenças, é bem certo aconselhável concordar com os participantes A, C e H, que desde que uma pessoa já tem uma doença com certeza as medidas devem ser com orientações dos profissionais de saúde.

Conforme argumenta Luciana Pricoli Vilela (2009:19), especialista em cuidados com a pessoa idosa, aponta que o ideal é o acompanhamento desde cedo, por volta dos 40 anos ou mesmo antes dessa idade. “O geriátra pode começar o seguimento de uma pessoa a partir da idade adulta, já que ele também é um clínico geral. Esse profissional sempre procura ver o paciente como um todo, integrando as múltiplas especialidades. Sempre é importante ter um médico que nos conheça por inteiro e que esteja preparado para nos ajudar no futuro.

4. Como se deve começar a Prevenir essas Complicações?

No universo de 100% dos enfermeiros entrevistados, todos responderam de uma forma adequada a questão sugerida pela pesquisadora. De acordo com os profissionais as prevenção das complicações são os seguintes:

- Alimentação saudável,
- Prevenir quedas, principalmente para os diabéticos,
- Cuidar da higiene, mudar de sempre de posição nos doentes acamados
- Evitar o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares,
- Prática de exercícios físicos
- Frequentar o médico regularmente, consumir electrólitos diariamente, 1/5 de água por dia,
- Seguir com as orientações dos profissionais de saúde, depende da patologia e das especificidades.

5. Quais as medidas de enfermagem, direccionadas na prevenção das complicações das doenças nos idosos prestados neste serviço?

Nesta questão, os participantes tiveram a mesma ideia de responder, a questão sugerida pela pesquisadora, entre os quais são os seguintes:

Avaliação e controlo dos parâmetros vitais, Segurança e protecção, Mobilização no leito, para evitar as úlceras de pressão, Fazer higiene e proteger os tegumentos, Hidratação e nutrição adequada, Fazer registo de enfermagem, executar os planos e cuidados com eficiência, Demonstrar carinho, atenção, e simpatia para os doentes, Prestar todos os cuidados necessários para que os doentes se sintam confortáveis e recuperação imediato, Educação para a saúde do doente em si, e o cumprimento com a terapêutica prescrita pelos médicos, Educar os familiares quanto os cuidados com a doença do idoso. Conforme argumenta Bollander (1998:300) que devido das suas necessidades serem diversificadas e únicas, os adultos idosos são um desafio para a enfermagem. O seu estado de saúde e influenciado por uma vasta lista de factores físicos e psicossociais, e os cuidados de enfermagem são prestados numa variedade de situações. Assistir os idosos para que tenham um processo de envelhecimento saudável, requer que a enfermeira assuma muitos papéis: prestadora de cuidados, conselheira, educadora de saúde, coordenadora dos serviços de saúde e protectora. A protecção é um componente muito importante dos cuidados de enfermagem para os idosos, particularmente frágeis, (*ibid:301*).

6. Para você, o que faz para que seja um Idoso Saudável?

Nesta questão muito importante também, os profissionais entrevistados, responderam que, para que sejam futuros idosos saudáveis, devem tomar todas as medidas de prevenção.

Entre os quais desatacam os seguintes:

- Tudo o que seja importante para prevenir doenças,
- Exercícios físicos, alimentação saudável, beber muita água, seguir os hábitos de uma vida saudável,
- Prevenir a partir de agora, ou seja, cuidar precocemente, para ter uma velhice mais saudável,
- Evitar o uso de bebidas alcoólicas, tabagismo, drogas, sedentarismo

3. Característico sócio -demográficas dos familiares dos Idosos internados no serviço de Medicina -São Vicente

Tab: 10 Repartição de acordo com Laços de Consaguidade com os idosos

Na tabela abaixo, refere a percentagem dos familiares dos idosos, que cuidam dos mesmos, onde mostra 30% são netas dos idosos entrevistados, 50% são filhos e 20% são sobrinhas.

Idadedos familiares	Nº dos idosos	Laços parentesco	Percentagem
20a29	3	Netas	30%
30 a 49	5	2 Filhos, 3 filhas	50%
50 á 60	2	Sobrinhas	20%

Tab: 11 Repartição segundo o Género dos familiares

Nesta tabela, refere a família dos idosos, com 20% do sexo masculino, e 80% do sexo feminino.

Nº dos familiares	Género	Habitação literária	Percentagem
2	Masculino	4ª Classe	20%
8	Feminino	12º de escolaridade	80%

Tab: 12 Repartição de acordo com Situação conjugal dos familiares

Na tabela seguinte, mostra a situação conjugal dos familiares dos pacientes internados no serviço onde, 50% são solteiros, 30% união de facto, e 20% são casados.

Nº de familiares	Situação conjugal	Percentagem
5	Solteiros	50%
3	União de facto	30%
2	Casados	20%

Tab: 13 Repartição de acordo com número de filhos

A figura, mostra a percentagem dos familiares que tem filhos, onde a idade compreendida entre 20 a 29 anos de idade, 20% têm 2 filhos, de 30 á 49, 40% têm 3 filhos, e de 50 á 60 anos, 40% com 5 filhos.

Idade	Nº de filhos	Percentagem
20 á 29	2 Filhos	30%
30 á 49	4 Filhos	30%
50 á 60	5 Filhos	40%

3.1. Entrevista com os Familiares dos idosos

1.Na sua opinião, quem é uma pessoa Idosa?

Nos familiares relativamente as respostas da questão sobre a definição de pessoas idosas, foi retirado duas ideias chaves, cujas expressões chaves foram agrupadas em duas categorias. São elas a categoria **A e B** sendo que na categoria **A**, numa percentagem de 100% dos familiares dos idosos entrevistados, 80% responderam que são indivíduos com mais de 65 anos de idade, com determinadas mudanças físicas e psicológicas tornando-os frágeis e dependentes de outros, e na categoria **B**, 20% responderam que são pessoas que já ultrapassaram a maturidade de vida.

Categoria A: Indivíduos com mais de 65 anos de idade, com determinadas mudanças físicas e psicológicas tornando-se frágeis e dependentes dos outros.

Os familiares, no que retrata sobre definição de pessoas idosas, com níveis de escolaridade bem avançada, tiveram a óptica que são pessoas que já não conseguem satisfazer certas necessidades fundamentais na vida e acabam por ficar frágeis e supostamente dependentes dos cuidadores com ou sem doenças crónicas.

Marcelo Casagrande (2006:10) refere que no processo de envelhecimento, a manutenção do corpo em actividade é fundamental para conservar as funções vitais em bom funcionamento. A estimulação corporal favorece o melhor desempenho das actividades rotineiras. As pessoas de idade avançadas ao praticarem actividades físicas com regularidade e sob orientação médica, quando comparadas às de vida ociosa, mostram melhor adaptação orgânica aos esforços físicos, além de maior resistência às doenças e ao

stresse emocional e ambiental. Por outro lado, na vertente do autor abaixo citado, a idade psicológica relaciona-se às modificações cognitivas e afectivas transcorridas ao longo do tempo. Desse modo, não se pode deixar de assinalar a existência do grande potencial latente para o rendimento intelectual na velhice. Silva (2005:3).

Categoria B: São pessoas que já ultrapassaram a maturidade de vida

Na questão apresentada aos entrevistados a minoria de 30%, acharam que são pessoas que já ultrapassaram a maturidade de vida, uma vez que após de transitar os outros ciclos anteriores, é convenientemente chegar a ultima fase- velhice. Para os mesmos a velhice é vista como algo natural, onde de maneira que a pessoa alcança a sua própria vida, é uma fase muito privilegiada, sabendo que o corpo do ser humano deve cuidar para evitar certos factores de risco que podem causar danos no organismo. Ainda continua referindo que quem nasce, muitas vezes, nascem saudáveis, mas devido de multifactores que desencadeiam certas doenças, a pessoa não pode atingir essa ultima fase da vida acima referido. De acordo com Roberts (2002:17) «O envelhecimento é caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente”. O envelhecimento está sujeito a várias mudanças, assim como as outras etapas da vida de um indivíduo, e tais mudanças manifestam-se a nível físico, psicológico e social. A velhice constitui também através das suas mudanças no desenvolvimento, um objecto de estudo no domínio das ciências humanas e sociais, é um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso, ela é visualizada como a última fase do processo do desenvolvimento humano.

2. Quais os cuidados que você tem com o seu idoso em casa, para evitar certas complicações da doença?

Os 100%entrevistados, salientaram que os cuidados são prestados na medida das possibilidades. Afirmaram que seguem as orientações dos profissionais de saúde quando o idoso tem alta hospitalar e, os cuidados no domicílio são mais cautelosos para evitarem algumas complicações da doença. Continuam afirmando que os cuidados no domicílio com os seus idosos são os seguintes: Adquirir uma dieta saudável e adequada, sensibiliza-los a prática de exercícios físicos, fazendo caminhadas mesmo em casa, interagir ou conviver com outras pessoas para se sentirem valorizados na sociedade, ajudar na prevenção das quedas, melhorar o auto – estima e autoconfiança preservando a independência física e

psíquica, cuidados com a higiene, controlo das consultas de rotina pelo menos três em três meses, dos medicamentos, fazer companhia para não sentirem abandonados, evitar para que não sejam vítimas de violências de maus tratos sexuais e negligências, incentiva-los a beber muitos electrólitos, passear ou mesmo viajar para descontraírem da doença, porque segundo confirmarem, muitos ficam preocupados com a doença e que as vezes pode causar *stress*, angustia, indiferença e outros sentimentos de culpa. Pois, que acabam por deixa-los muito pensativos.

3. Na sua opinião, você acha que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos idosos os ajudam na prevenção das complicações das doenças?

Esta questão também os 100% respondera que sim, onde constataram que os profissionais intervêm todas as medidas possíveis com o objectivo de evitar complicações das doenças nessa faixa etária. Principalmente na educação que lhes são prestados, cuidados adequados, higiene, confiança, conforto e segurança, apoio emocionais, companheirismo, simpatia.

4. Você sofre de alguma doença crónica?

Nesta questão, **80 %** responderam que Não, **20%** responderam Sim, onde um (1) sofre de diabetes mellitus tipo II, e um (1) portador de hipertensão arterial. As doenças crónicas são doenças que, após surgirem, geralmente duram até ao fim da vida. As pessoas com estas doenças precisam de tratamento para o resto da vida e podem levar uma vida normal se tiverem apoio. Algumas doenças crónicas, por exemplo, a hipertensão arterial e as diabetes, como mencionados nos entrevistados muitas vezes são provocadas pelo estilo de vida e por factores hereditários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha e a pertinência do tema foi muito privilegiada, constatei que trabalhá-lo deu-me um grande vasto de conhecimentos, oportunidades de aperfeiçoar e de ter uma visão holística na área gerontogeriatrica com grupo de pessoas consideradas vulneráveis na sociedade. A meu ver, o conhecimento, a convivência e consideração neste trabalho com um grupo de pessoas as quais deu-se a perceber que as pessoas idosas, alguns conseguem enfrentar a doença como algo natural na vida e outras acabam por perder esperança de ter esta fase com boas qualidades de viver. Porém, contando com o contributo dos profissionais de saúde, estes poderão alcançar mais e melhores condições de viver, prevenindo das complicações dos factores que interferem na saúde dessa faixa etária.

Conhecer o modo como os idosos percebem e realizam o cuidado de si, os profissionais e os familiares sobre a prevenção de evitar certas complicações nas doenças, trouxe-me grande expectativas e reflexão a respeito dos verdadeiros valores que devem e precisam ser estimados durante a forma de conviver, de maneira mais intensa e satisfatória. Permitiu-me também, observar e admirar a grande sabedoria que muitas pessoas adquirem em decorrência da experiência de vida. Esta proporciona ao ser humano análises, experiências e reconhecimentos daquilo que merece atenção e importância durante sua existência.

A oportunidade de realizar este estudo com os idosos hospitalizados com certas doenças mais comuns nestes, tive intuito de reconhecer e interpretar como os profissionais de saúde e os familiares cuidam, e o mesmo se cuida, proporcionou-me maior interação e entusiasmo relativo ao ser humano que se encontrava internado no campo empírico onde decorreu o cenário da pesquisa.

Em decorrência deste estudo, passei maior tempo com os idosos e isto facultou-me a oportunidade de conhecê-los como pessoas e não somente como pacientes dependentes de cuidados profissionais neste serviço hospitalar. Nesse sentido, tenho como proposta, implantar no contexto em que insere, na qual desenvolvi a pesquisa, educação continuada como futura profissional de enfermagem, que visa capacitar acerca do processo de envelhecimento das doenças, direccioná-los a uma prática mais assertiva para o cuidado de si.

Esta etapa será apenas o início da longa caminhada para o desenvolvimento da prática, na qual se dará ênfase ao cuidado do idoso, alicerçado no cuidado holístico que actuam a cerca do processo de envelhecimento e suas especificidades das doenças que afectam este fenómeno na vida.

Bem, acredito que como futura enfermeira, estarei mais bem preparada quanto mais notáveis for os meus conhecimentos relativos ao processo de envelhecimento/doenças, bem como as situações e condições valorizadas pelos idosos. Assim, o cuidado prestado por mim e também pela equipa de enfermagem, poderá ser mais assertivo, atendendo o idoso, com respeito às suas expectativas e necessidades com dignidade humana.

Dificuldades e Limitações da Pesquisa

As dificuldades deste estudo, não tiveram grandes partes negativas, mas o que se pode retratar neste assunto, foi momento da elaboração do trabalho e ao mesmo tempo o ensino clínico Profissional, uma vez que o tempo delineado para a preparação, foi um pouco coactiva. Pode-se constatar ainda que as entrevistas com a população- alvo, prolongou-se por muito tempo, principalmente, isto devido a idade e a forma da comunicação dos idosos. As informações contidas dos pacientes tiveram limitações de acolher a maior parte da questão que interessava a pesquisadora com objectivo de alcançar os objectivos traçados. Pois, de uma forma geral, a presente pesquisa de investigação na área de enfermagem no campo expandiu-se mais e melhores resultados para a mesma. Convém destacar também que, este assunto aborda aspectos muito importantes e contem várias informações, mas algumas foram canceladas, isto deve-se o facto do limite de páginas, uma vez que deve-se respeitar as regras de um trabalho científico. (...).

Propostas do Estudo de investigação

No início do trabalho, a pesquisadora teve como um dos objectivos específicos, propor estratégias de ensino para Equipa de Enfermagem e Pessoas que cuidam dos Idosos no que tange a prevenção das Complicações das Doenças mais Comuns e Promoção da Saúde nos Idosos, a fim de alcançar e prolongar a vida de uma forma com mais qualidades. Assim, para a mesma surgiu as seguintes estratégias de ensino:

- Criar uma associação de enfermeiros para debater assuntos importantes a nível de educação para a saúde nas pessoas de terceira idade,
- Oferecer ao idoso e seus familiares informações no panorama de mudanças de estilo de vida sobre algumas características associadas ao envelhecimento, como as alterações da capacidade física e mental, ajudando os mesmos a entenderem que algumas características são normais desta fase,
- Interagir as pessoas idosas em vários contextos na sociedade para que estes sintam-se valorizados, tais como, políticas, culturas, religião e entre outros aspectos que desenrolam no quotidiano,
- Solicitar grupos de pessoas idosas e familiares com conhecimentos ou mesmo com níveis de escolaridade, para fazer ensino para os idosos leigos sobre essa fase da vida com determinadas doenças,
- Criar formas de avaliar a família nos cuidados com as pessoas idosas sobre as condições que permite-as sentir mais confortáveis no domicílio,
- Procurar encontrar soluções para os idosos mais vulneráveis na sociedade, como o caso de: idosos que vivem sozinhos, sofrem de maus-tratos e violência doméstica, e com problemas mentais.
- Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, qualificando a atenção integral às pessoas com doenças crónicas e ampliando as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crónicas e suas complicações.

Porém, com as ideias ou sugestões expostas pela pesquisadora, constata-se que as pessoas idosas, poderão encontrar melhores formas de conviver e sentirem interagidos na sociedade sem preconceitos e discriminações. As que são portadores de doenças crónicas, também com conhecimentos a nível das doenças acreditarão que mesmo com doença, poder-se-ão viver por muitos anos, visto por se depender como encaram o estilo de vida. A doença na velhice é vista como um desânimo na pessoa, mas isso não quer dizer que a pessoa perde esperança de viver por mais tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTSCHUL, Annie. (2013). “*Psicologia na Enfermagem*”: Manuais de Enfermagem. Publicações Europa-América, Lda.
2. AMGARTEN TIEGHI, Ana Luísa. (2013). “*Organismo dos idosos é mais afectado por variações do clima*” Edição.46. [online]. <http://www.usp.br/aun/exibir.php?id=5566>: 3/3/14.
3. ÁVILA, Rui Fernando. (2009). “*Idosos: A Enfermagem e os Cuidados De Proximidade*” Porto. [online] <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf>: 23/03/14.
4. BERGER, Louise e MAILLOUX-POIRIER, Danielle. (1995). “*Pessoas Idosas*”: Uma Abordagem Global. Lisboa: Lusodidacta.
5. BOLANDER, Verolyn Barnes. (1998). “*- Enfermagem Fundamental*”: Abordagem psicofisiológica. 1ª edição Lisboa: Lusodidacta.
6. BASTOS Marcus Gomes, OLIVEIRA, Daniele Cupertino Q. KIRSZTAJN Gianna Mastroianni “*Doença renal crónica no paciente*”. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Brasil.
7. BERARDINELLI, Lina Márcia Migueis, SANTOS Iraci, SANTOS Mauro Leonardo Caldeira Salvador, LIMA, Thaís Carneiro Leão, MISSIO Ana Carolina, BERARDINELLI, Livia Migueis (2011) “*Identificando Vulnerabilidade para Complicações Cardiovasculares em Idosos*”: Uma Estratégia para o Cuidado. Rev. Enfer. UERJ, Rio de Janeiro., <file:///F:/com.tcc.pdf>: 23/4/14.
8. BORN, Tomiko. (2008). “*Cuidar melhor e evitar a violência*”. Manual do cuidador da Pessoa Idosa. Brasília Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretária de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos [online] http://www.ciape.org.br/manual_cuidador.pdf: 23/3/14.

9. BRAGA, Ianna Lacerda Sampaio, TOMMASO, Ana Beatriz Galhardi, SALOMAO, Devani. (2010). “*Qual a importância dada ao enfoque do tema comunicação com pacientes idosos em congressos de Geriatria?*”. Artigo Original. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM). Rua Borges Lagoa.1341, Vila Clementino.
10. CABETE, Dulce Gaspar. (2005). “*O Idoso, a Doença e o Hospital*” -O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional das Pessoas Idosas. Loures. Lusociência.
11. COLLIÈRE, Marie-Françoise. (1999). “*Promover a Vida*”. Lisboa. Edições: Lidel.
11. CANCELA, Daniela Manuela Gomes. (2008). “*AVC- Classificação, principais consequências e reabilitação*”. Porto. [online] <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1968/1/BORGES,%20Sofia%20Pinho%20%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>: 27/03/14.
12. CARVALHO, Amâncio António de Sousa, CARVALHO, Graça Simões. (2006). “*Educação para Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de Formação*”. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.
13. COSTA, Maria Arminda Mendes. (1998). “*Enfermeiros dos percursos de Formação à produção de Cuidados*”. 3ª Edição. Fim do século Edições Lda, Lisboa.
14. CARREIRA, Lúcia, RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. (2006). “*Estratégias da Família Utilizadas no cuidado ao Idoso com condição crónica*” [online]: <file:///C:/Users/va/Downloads/5177-15407-1-PB.pdf>- acedido em 12/03/14.
15. CLARES, Jorge Wilker Bezerra, FREITAS, Maria Célia, GALIZA, Francisca Tereza (2012) “*Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos*”: estudo fundamentado de Henderson. Brasil Fortaleza [online]. http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nsp1/pt_09.pdf: 12/14

16. CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa, COELHO, Ana Íris Mendes. (2009). “*Alimentação saudável para a pessoa idosa*”. Um manual para profissionais de saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Editorado Ministério da Saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf: acessado em: 17/04/14.
17. CAMARANO, Ana Amélia. (2011). “*Compromisso de Todos por um Envelhecimento Digno*” Revista, dos direitos da Pessoa idosa: Brasil [online] http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/doc/Revista_DireitosPessoa_Idosa.pdf: 5/4/14.
18. DIOGO, Maria e DUARTE Yeda. (1999). “*O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil*”: Do panorama actual à proposta de conteúdo programático” *Rev. Esc. Enf. USP*, vol: 33, nº4, (371-376). [online] <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n4/v33n4a08.pdf>: 2/1/14.
19. DUARTE ET AL. (2007). “*Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa Ministério da Saúde*”: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. 1ª edição. Brasília. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. 20/05/15.
20. DANTAS, André de Oliveira. (2011). “*Hipertensão Arterial nos Idosos. Factores dificultadores para adesão do tratamento medicamentoso*”. Belo Horizonte [online] <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2771.pdf>: 20-05/14.
21. FOCCHESATTO, Andreia. (2009). “*Factores de Risco e Protecção para o Desenvolvimento de Doenças Crónicas na População Idosa*” Rural da Linha Senador Ramiro, nova Bassamo, RS. Porto Alegre. [online]. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18761/000730560.pdf?sequence=1>: acessado em: 20-04-2014.
22. FONTAINE, Roger. (2000). “*Psicologia do Envelhecimento*” 1ª Edição Lisboa, Setembro.
23. FONTIN, Marie-Fabienne. (1999). “*O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*” Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- 24.FORTIN, Marie-Fabienne. (2009).“*O processo de investigação da concepção àrealização*” Lusociência. Edições Técnicas e científicas, Lda.
- 25.FERRINHO ET AL. (2011).“*Programa Nacional para a saúde das pessoas Idosas*”Ministério de saúde: Direcção Geral desaúde. Divisão de doenças Genéticas e geriátricas. Lisboa.[online] http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4DDFFD8C-EB94-4CAE-BCE4-D95DE95EA944/0/PNS_Vol1_Estrategias_saude.pdf:12/6/14.
- 26.FERREIRA, Daniel. (2013).“*Saúde Mental e Pessoas Idosas*” Edição e Propriedade: Associação de Promoção de Saúde Mental. A ponte.
- 27.FREIRE,FabianoMoreira,ARAGAO,KarineGodayCasteloBranco.(2004).“*Osteoporos*”: ArtigodeActualizaçãoGoiania.[online].http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_12.pdf:3/3/14.
- 28.FOSCHIERA Franciele; VIEIRA, Cláudia Silveira.(2004). “*O diagnóstico de enfermagem no contexto das acções de enfermagem*”: Percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. *Revista Electrónica de Enfermagem*, vol. 06, n. 02, p.189-198.[online]http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/Orig6_diag.pdf:acedido em 7/5/14.
- 29.GALIZA, Francisca Tereza (2011) “*Diagnóstico de Enfermagem do Idoso em Terapia Intensiva Fundamentado em Virgínia Henderson*”: Subsídio para saber-fazer o cuidado clínicode enfermagem. Fortaleza
CE[online]http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/francisca_tereza_de_galiza:2/2/14
- 30.GOULART, Flávio A. de Andrade. (2011). “*Doenças Crónicas não Transmissíveis: Estratégias de Controlo e Desafios e para sistemas de saúde*” Brasília. Ministério de Saúde. [online]:<Http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/livro-saude-do-idoso-flavio-chaimowicz.pdf>.acedido em 24-02-2014.
- 31.GUEDES, Elizângela Pereira.(2002).“*Prevenção de iatrogenias em idosos em unidade de terapia intensiva*”VerEnfer UNISA. Universidade de Santo Amaro.2ª edição -Lisboa
- 32.GIDDENS, Anthony. (2005). “*Sociologia*”, 4ª edição, Artemed, Porto Alegre.

- 33.HATCHETT,Richard THOMPSON,David.(2006).“ *Enfermagem Cardíaca*”- Um Guia Polivalente Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- 34.HARRISON, T.R. (1998). “*Medicina Interna*”. Biologia do Envelhecimento.5ªEdição.Rio de Janeiro
- 35.HESBEEN, Walter. (2000). “*Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*”.Lusociência. Edições Técnicas e científicas, Lda.
- 36.HANSON, Shirley May Harmon. (2005).“*Enfermagem de Cuidados de saúde á Família. Teoria, prática e Investigação*”.2ª Edição: Philadelphia, Pensilvânia, USA. Lusociência-Edições técnicas e Científicas, Lda.
- 37.INDOLENCIO,Maristela Nascimento. (2007).“ *Estatuto do Idoso e Direitos Fundamentais* ” Fundamentos da Protecção da Pessoa Idosa no Ordenamento Jurídico Brasileiro.UniversidadeVale.[online]http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=356:10/06/14
- 38.IMAGINARIO, I. M. C. (2004). “*O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*”. Coimbra: Editora Formasau.
- 39.JORGE, Dr. Mário. (S/data).“*PortalInformativo sobre Medicina de Saúde: complicações neurológicas das doenças renais*”. Edição: 29- Lisboa. [online] http://revistasaudeativa.com.br/interna_col.php?art=304:acedido em 4/06/14
- 40.LEVET, Maximilienne. (1995).“ *Viver Depois dos 60 anos*” Editora: Universidade Jean Piaget.
- 41.LYRA etal. (2006). “*Prevenção do Diabete Mellitus Tipo 2*”vol150: www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf:acedido em 27-04-2014:acedido em 26-04-14
- 42.LANCASTER, Stanhope. (1999). “*Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*” Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda. Rua Dário Cannas, Loures

- 43.LEMOS, Jacinta Almeida. (2012). “*Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes*” Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Bragança. [online]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8088/1/Jacinta%20Almeida%20Lemos.pdf>: acessado em 13/04/14.
- 44.LAKATOS, Eva e MARCONI, Marina. (1991). “*Metodologia Científica*” 1ª ed. Editora Atlas S.A., São Paulo, Atlas
- 45.LOBAO, DR Noadia. (2011). “*Osteoporose e doença celíaca*”. Edição e diagramação. Rio de Janeiro.
- 46.LENARDT, Maria Helena. (1996). “*O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica*”. Curitiba, 144. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná.
- 47.MARQUES, Sueli, RODRIGUES Rosalina Aparecida Partezani, KUSUMOTA, Luciana. (2006). “*O Idoso após Acidente Vascular Cerebral: Alterações no Relacionamento Familiar*”: Brasil. [online] <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/2305/2441>: 6/02/14
48. MAIA, Flávia de Oliveira Motta. (2005). “*Factores de Risco para Óbito em Idosos*”. São Paulo. 2005. [online]: <http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Teses/Flavia.pdf>: 6/02/14
- 49.MONACO, Thiago. (2005). “*Bandeira Científica. Um Pouco de Geriatria*” [online] <http://envelhecerbem.com/aulas/geriatria%20bandeira%2035%20anos.pdf> acessado em: 12-03-2014.
- 50.MONÍZ, José Manuel Neves. (2003). “*A enfermagem e a pessoa Idosa*”, Lusociencia - Edições Técnicas e científicas, Lda.
- 51.MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante. (2007). “*O Consentimento Informado na Pesquisa em Psicologia Hospitalar*”: Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. [online] <http://www.anpepp.org.br/old/arquivos/etica/v4n1a09-hospitalar-Monteiro.pdf>: 12/03/14.

52.MORESI, Eduardo. (2003).“ *Metodologia de Pesquisa*”. Programa de Pós-graduação strictosensu em gestão do conhecimento e da tecnologia da informação da Universidade Católica: Brasília.

53.MIRANDA et al. (2002).“*Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento*”. Revista Brasileira: [online][file:///C:/Users/va/Downloads/9c960528d584b844da%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/va/Downloads/9c960528d584b844da%20(2).pdf):8/2/14

54.MARQUES Marília Braga, MORAES Gerídice Lorna Andrade, SILVA Maria Josefina, XIMENES Lorena Barbosa. (2008).“*Estatuto do Idoso e sua interface com a promoção da saúde*”: uma reflexão. Avaliação de políticas públicas, Fortaleza, vol 2. [online]<http://wpmapp.oktiva.com.br/wpaval/files/2009/11/MaequesMoraesSilvaXimenes.pdf>:3/3/14.

55.NAZAREHT,Doutor José Manuel. (1997).“*Vida com projecto ao longo de toda a vida*” Seminário Internacional Sobre o Envelhecimento Humano. Universidade Aberta

56.NUNES, Belina, PAIS, Joana.(2007).“*Doença de Alzheimer*”, Lidel-Edições Técnicas, Lda.

57.NETTO, Mateus Papaléo. (2000).“*Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em Visão globalizada,*” São Paulo, Atheneu.

58.NUNES, Lilia Maria, PORTELLA, Marilene. (2003). “*O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde*” Boletim da Saúde. PortoAlegre, Vol.17,nº2[online]. http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_14idosoFragilizado.pdf:4/4/14

59.OLIVAUX,Thierry. (2004). “*Medicina e Saúde*”. Enciclopédia de Ciências Larouse. Edição: 5626.Rio de Mouro.

60.OMS. (2005).“*Envelhecimento Activo*”: Uma Política de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde - Brasil. <Http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3264/1/2007000980.pdf> Acedido em 4/02/14.

- 61.PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco.(1999).“*Epidemiologia do envelhecimento*”. São Paulo (SP): Atheneu;
- 62.PRODANOV,Cleber Cristiano, FREITAS, Ernani César.(2013). “ *Trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*” 2ª edição. Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul – Brasil. Editora: Universidade Feevale.
- 63.PETERSON Aline Azevedo, CARVALHO Emília Campos. (2011).“*Comunicação terapêutica na Enfermagem dificuldades para o cuidar de idosos com câncer*”: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.RevBrasEnfermagem, vol. 64Brasília.[Online]<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>: 9/1/14.
- 64.PERREIRA, Adriane Miró Vianna Benke, SCHNEIDER, Rodolfo Herberto, SCHWANKE, Carla Helena Augustin.(2009).“*Geriatría, uma Especialidade Centenária*”Scientia,Medica,PortoAlegre.[online]:[file:///C:/Users/tony/Downloads/artigo%20Geriatría%20uma%20especialidade%20centenaria_Pereira_2009%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/tony/Downloads/artigo%20Geriatría%20uma%20especialidade%20centenaria_Pereira_2009%20(1).pdf).acedido em-28-04-2014
- 65.PHANEUF, Margot.(2010).“*O Envelhecimento Perturbado. A Doença de ALZEIMER*” Lusodidacta- Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
- 66.PASSOS, Rita. (S/Data).“*Manual dos Cuidadores de Pessoas idosas*” Futuridade, Plano Estadual para Pessoa Idosa. Brasil São Paulo [online].<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/303.pdf>.acedido em 17/5/14
- 67.POTTER, P. A. e PERRY, A. G. (2006). “*Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*” 5ª Edição, Loures. Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda.
- 68.PHANEUF, Margot. (2001).“*Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*”. Edição: Quarteto Editora. Al. Calouste Gulbenkian, lote 5-sala 6, 3004-503 Coimbra.

- 69.PASQUALOTTO, Karoline RodriguesALBERTON Dayane, FRIGERI, Henrique Ravanhol. (2012).“*Complicações de diabetes*. Vol. 3, N. 4: p. (134-145). Escola de Saúde e Biociências; Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 80215-901; Curitiba - PR - Brasil. [online] <http://revista.uft.edu.br/index.php/JBB/article/viewFile/385/267>.5/05/14
70. QUIVY Raymond, CAMPENHOUDT, LucVan.(1998).“*Manual de Investigação em Ciências Sociais*”2ª Edição: Janeiro de 1998
- 71.RAMOS, Basílio Mosso, Ex. Ministro de Estado e da Saúde. (2007). FURTADO, Cláudio. (2008).“*Política Nacional de Saúde. Reformar para uma Melhor Saúde*. República de Cabo Verde. Ministério de Saúde. Santiago/Praia. [online][http://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20\(2\).pdf](http://www.governo.cv/documents/POLITINACIONALSAUDE_2020%20(2).pdf): 8/2/14.
- 72.RICE, Robyn. (2004). “*Prática de Enfermagem, nos Cuidados Domiciliários*” Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda.
- 73.RIBEIRO, António Luíz Pinheiro. (2006).“*Diabetes Mellitus*” 1ª Edição-2006.Brasília.Ministério da Saúde. Http:// www.Saude.Gov.br/bvs, cadernos de atenção Básica-12-04-2014.
- 74.ROCHA, Ana Paula de Melo Figueiredo. (2007).“*O auto-conceito nos Idosos*” 5ª edição -Lisboa, Lda.
75. RODRIGUES William Costa. (2007). “*Metodologia Científicas*”FAETEC/ISTParacambi[online]:file:///F:/novos%20documentos/Willian%2520Costa%2520Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf: 1/6/14
- 76.RICHARDSON, Roberto Jarry. (2008). “*Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*”. 3ª Edição. São Paulo. Editora Atlas S.A.
- 77.RICARDO, João Paulo Miranda. (2009).“*Contextualização da Investigação*” [online] http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5489/9/ulfc096328_3_metodologia.pdf :8/4/14
- 78.THOMPSON et al. (2004). “*Ética em Enfermagem*” Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda. Rua Dário Cannas, 5-A-2670-427 Loures.

79. TAVARES, Francisco Fernandes. (2000). “*Instituto Nacional de Estatística*”. República de Cabo Verde. Recenseamento da População e da Habitação. População Idosa. Censo 2000.[online] file:///C:/Users/va/Downloads/Populacao_Deficiente.pdf: 12/4/14
80. TEIXEIRA, Liliana Márcia Fernandes. (2010). “*Solidão, Depressão e Qualidade de vida dos Idosos: Um estudo Avaliativo exploratório e Implementação -Piloto de um programa de Intervenção*” Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia. Lisboa [online]http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf: 2/2/14
81. SALDANHA, Helena. (2009). “*Bem Viver, para Bem Envelhecer*” Edições Técnicas, Lda.
82. SILVA, Luísa Ferreira. (2002). “*Promoção da Saúde*” Universidade Aberta. Palácio Ceia. Rua da Escola Politécnica, 147,1269-001-Lisboa
83. SEQUEIRA, Carlos. (2010). “*Cuidar de idosos com dependência física e mental*” Porto[online]http://cesnova.fcsh.unl.pt/cms/files/conteudos/file/100/Newsletter_n24/CRC_Recomenda_n355.pdf:10/3/14
84. SQUIRE, Anne. (2005). “*Saúde e o Bem-Estar para Pessoas Idosas*” Lusociência-Edições Técnicas e Científicas. Lda.
85. SOUZA, FrancislêNeri, SOUZA, DayseNeri. (2011). “*Formular Questões de Investigação no Contexto do Corpus Latente na Internet*”. Vol.Nº2Rev. Universidade de Aveiro - Portugal [online]<file:///C:/Users/va/Downloads/1275-4433-1-PB.pdf>:5/2/14
86. SANTOS, MarianaSoares. (2009). “*Pneumonia em Idosos e tratamentos Fisioterapêutico*” Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. Curso de Pós-graduação “Lato Sensu” em Fisioterapia Hospitalar. Lins-SP [online].
87. SACADURA, MariaJoão. (2011). “*O Envelhecimento, A Insuficiência Renal Crónica Terminal e o Desenvolvimento de Competências*” Lisboa, 18 de Julho de 2011. [online].<http://www.updigital.pt/clientes/serga/website/userfiles/files/Envelhecimento,%20Insufici%C3%A2ncia%20Renal%20e%20Desenv%20Comp%20MJS.pdf>:7/6/14

88.SORESEN e LUCMAN. (1998). “*Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica*”- 1ª edição. Lusodidacta.

89.SANTOS Glenda Dias, RIBEIRO Sandra Maria Lima. (2011). “*Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência*”. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.[online] <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a12.pdf>:7/7/14

90. VALONGO, Amélia, etal. (2001). “*Viver com Diabetes Mellitus*” 1ª Edição, Lisboa, Fevereiro.

91.VASCONCELLOS, Maria Cristina Garcia. (1996). “*A Velhice na Sociedade Moderna: Imagens e Práticas Ideológicas*”. Estudo antropológico do movimento social em prolateira idade em Porto Alegre. – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

92.YASBEK, Michel Alexandre, NETO, João Francisco Marques. (2008). “*Osteoporose e outras Doenças Osteometabólicas no Idoso*” Brasil -São Paulo [online] <file:///C:/Users/va/Downloads/ARTIGO%201%20Doen%C3%A7as%20osteometabolicas%20Osteoporose.pdf>: 24/5/14.

ANEXOS: ANEXO I



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi

11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE



Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 21 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso, os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros e profissionais da saúde de Cabo Verde.

A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

Enf.ª Acclia Mireya Caceres

Universidade do Mindelo

Departamento Escola de Saúde



Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail geral@uni-mindelo.edu.cv – Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132

NIF: 562770755

mod 00x.13

Anexo II : Requerimento do HBS para autorização da pesquisa

Exma.SRª DRª Hospital Baptista de Sousa
São Vicente

A Comissão de Ética
15/05/16

Severiana da Cruz Delgado, nº2047, discente do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, em São Vicente, a desenvolver uma pesquisa para a realização da monografia cujo tema é: **A intervenção de enfermagem na Geriatria** de maneira a dar a resposta à seguinte questão: Qual a importância da actuação do Enfermeiro na prevenção das complicações das Doenças mais comuns na Geriatria? Vem por este meio mui respeitosamente solicitar à vossa Excelência autorização para realizar a pesquisa no serviço de Medicina, no HBS (Hospital Baptista Sousa), em São Vicente.

A Requerente:
Mindelo, 05 de Maio de 2014

Severiana da Cruz Delgado
(Severiana Delgado)

Autorizado
15/05/14

Aprovado pela Comissão de Ética
14/05/2014

Dra. Mª Adelaide Delgado
Nutricionista
Hospital B. Sousa
S. Vicente

HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA
4605516
O Ponto 1370

**TERMO DE ACEITAÇÃO DO TEMA PARA O DESENVOLVIMENTO
DO PROJETO DE LICENCIATURA**

Eu, Leversona da Cruz Delgado

Aluno N.º 2047 do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, declaro que aceito desenvolver o meu Projeto de Licenciatura para conclusão do curso, com o Tema: A Intervenção de Enfermagem na Geriatria, de acordo com os Regulamentos e com as Normas vigentes na UNIVERSIDADE DO MINDELO, comprometendo a entregar o referido trabalho em 3 (três) exemplares e um CD/DVD, no prazo fixado pelo Conselho Científico do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SAÚDE.

Proponho ainda que seja designada com a minha Orientadora En.ª: Angelita H. Pinto
Licenciada/Mestre/Doutor em: Licenciada em Enfermagem.

Mindelo, 4 de Abril de 2014



(O Aluno)

Aceitação da Orientação

Angelita H. Pinto
(A Orientadora)

Anexo IV: Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Prezado (a) _____,

Severiana da Cruz Delgado, discente do curso de licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, gostaria de convidá-la a participar na pesquisa cujo tema é: **A intervenção de enfermagem na Geriatria em São Vicente, para** a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem que vai ser realizada na Universidade do Mindelo. O objectivo geral desta pesquisa é mostrar a importância da actuação do Enfermeiro na prevenção das complicações das Doenças mais comuns na Geriatria.

A sua participação vai ser muito importante, na medida em que vai ser realizada uma entrevista. Convém ainda informar-lhe que, gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento se sentir prejudicada ou constrangida com as perguntas. As informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: identificar os cuidados que os enfermeiros adquirem para a prevenção das complicações das doenças nos Idosos, em São Vicente, no serviço de Medicina no Hospital Baptista de Sousa, e caso não cuidem com boas qualidades com intervenções eficazes de enfermagem pretendo levar esta questão ao Director deste sector de Saúde. Informo que o (a) senhor(a) a sua participação é voluntária e gratuita. Caso tiver dúvidas ou necessitar de mais esclarecimentos pode contactar-me através do telefone: 224-15-16, [email: severdelgado@live.com.pt](mailto:severdelgado@live.com.pt).

Por último, informo-lhe que este termo só deverá ser assinado caso concordar e aceitar participar.

Mindelo, ____ de _____ de 2014.

/Severiana Delgado/

_____(nome), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo participar voluntariamente na pesquisa descrita acima.

Anexo V: A percentagem da opinião dos idosos sobre saúde/doença

Gráfico 1

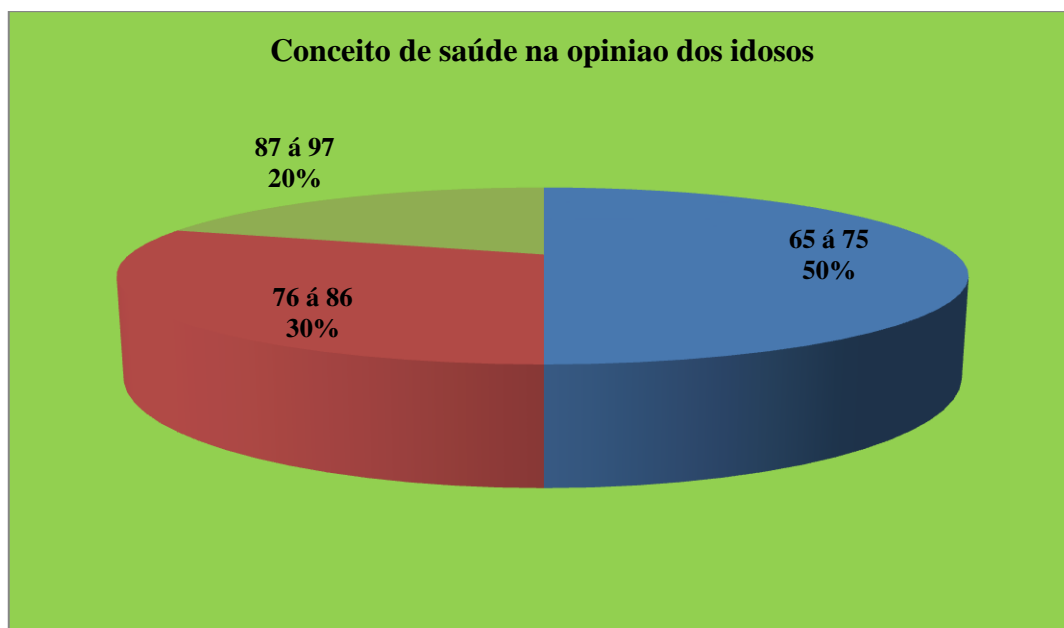


Gráfico 2

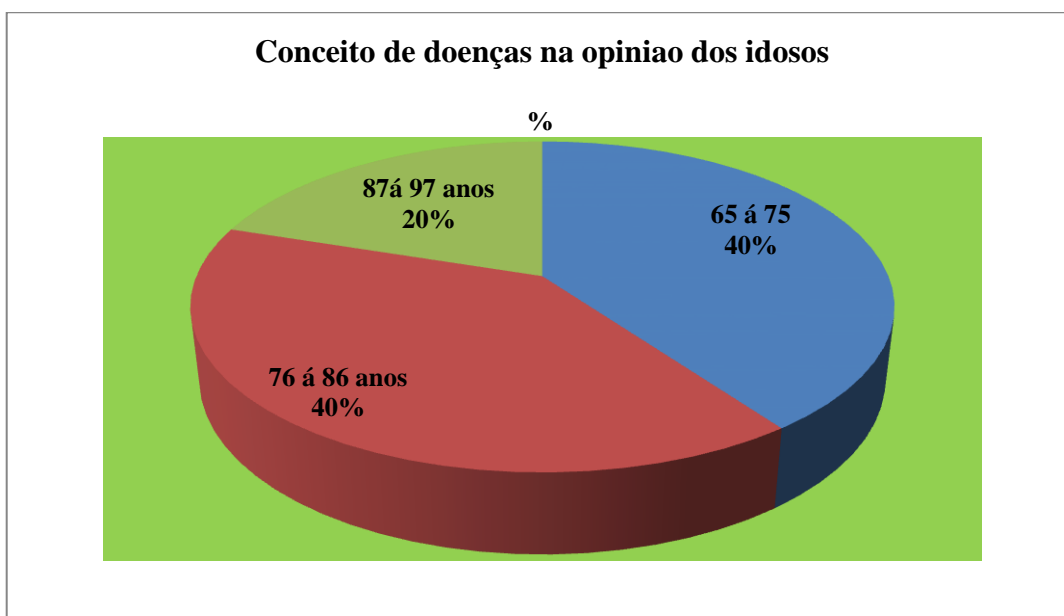


Gráfico 3

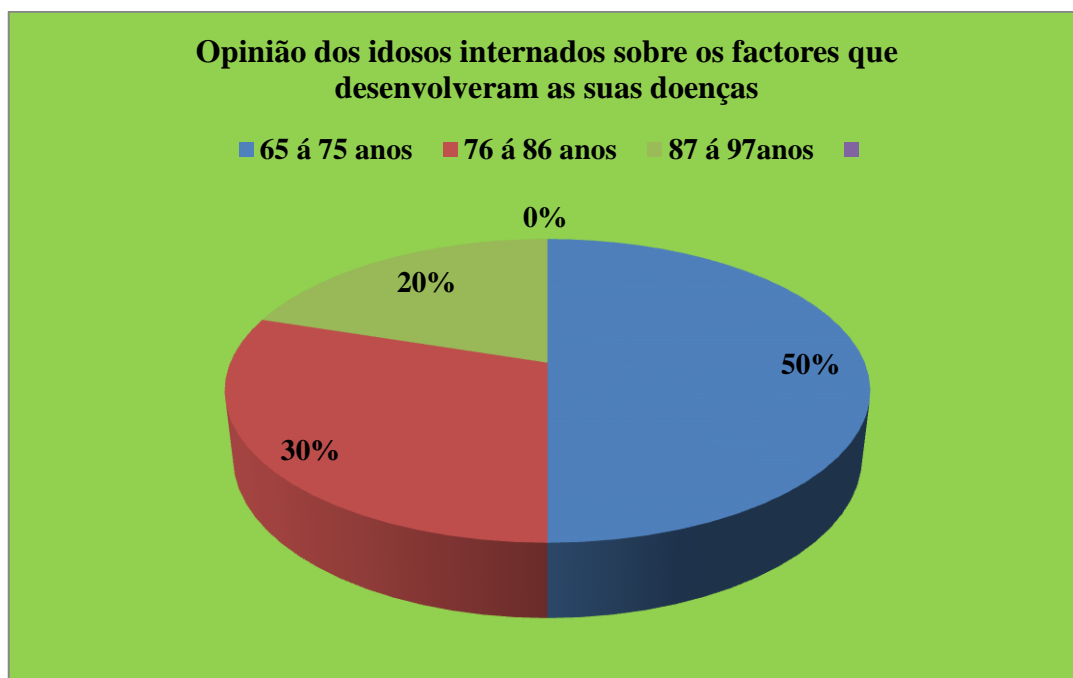
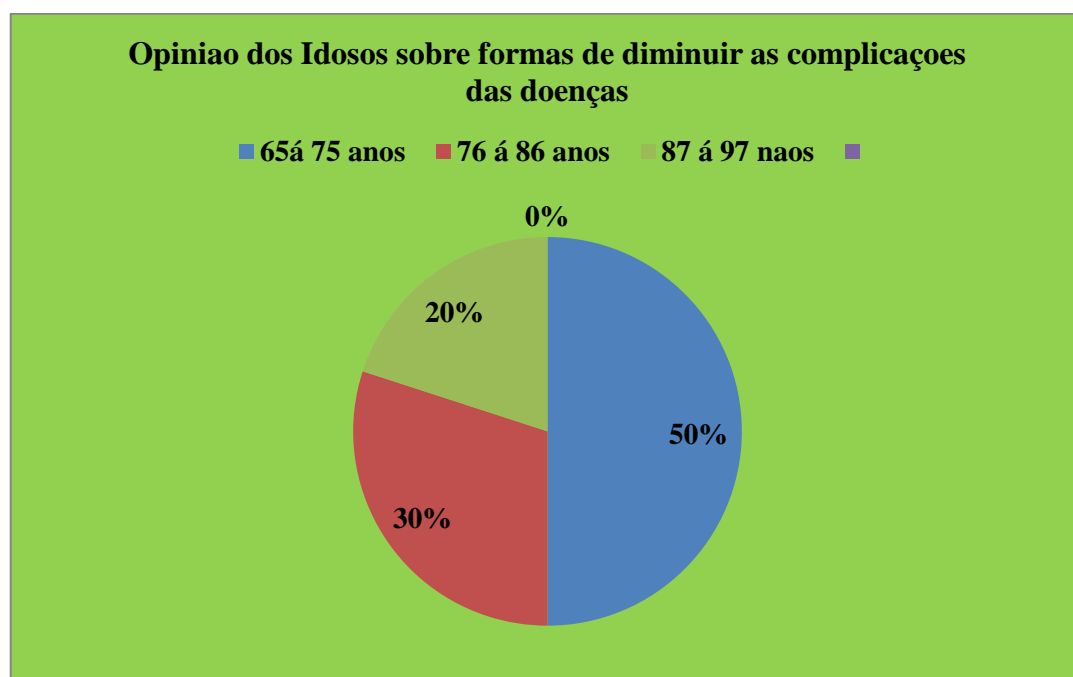


Gráfico 4



ANEXO VI: A opinião dos enfermeiros sobre as doenças nos Idosos

Gráfico: 1

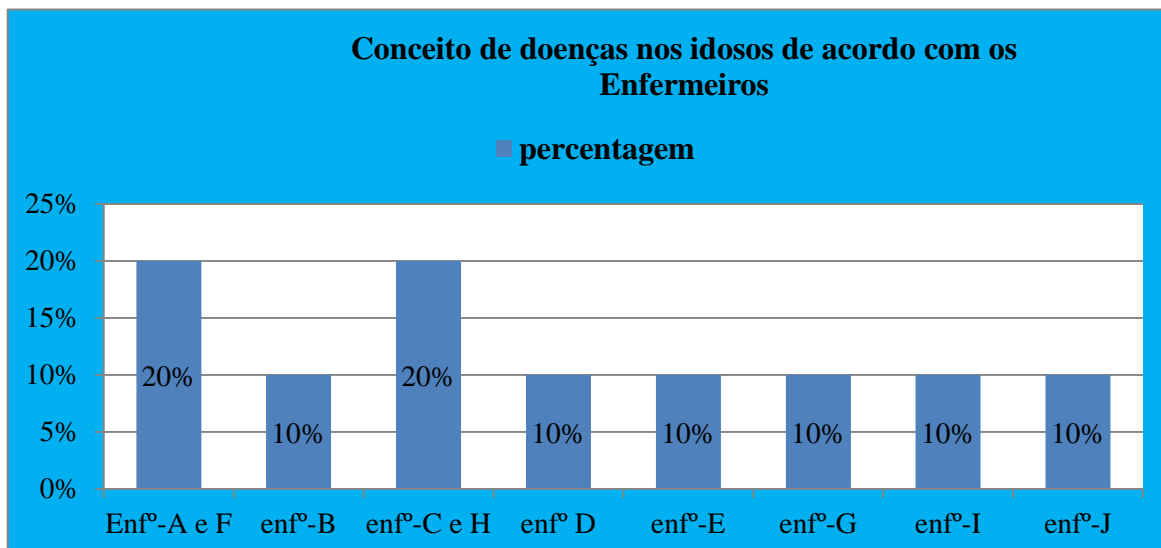


Gráfico 2

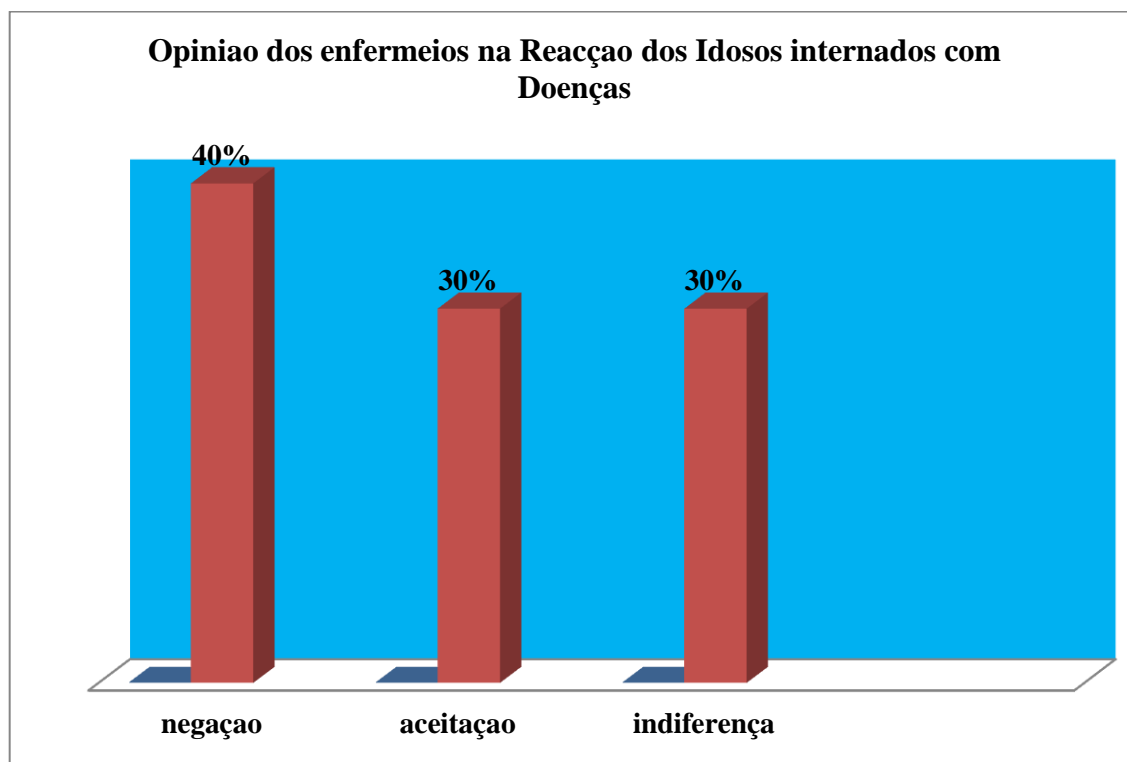
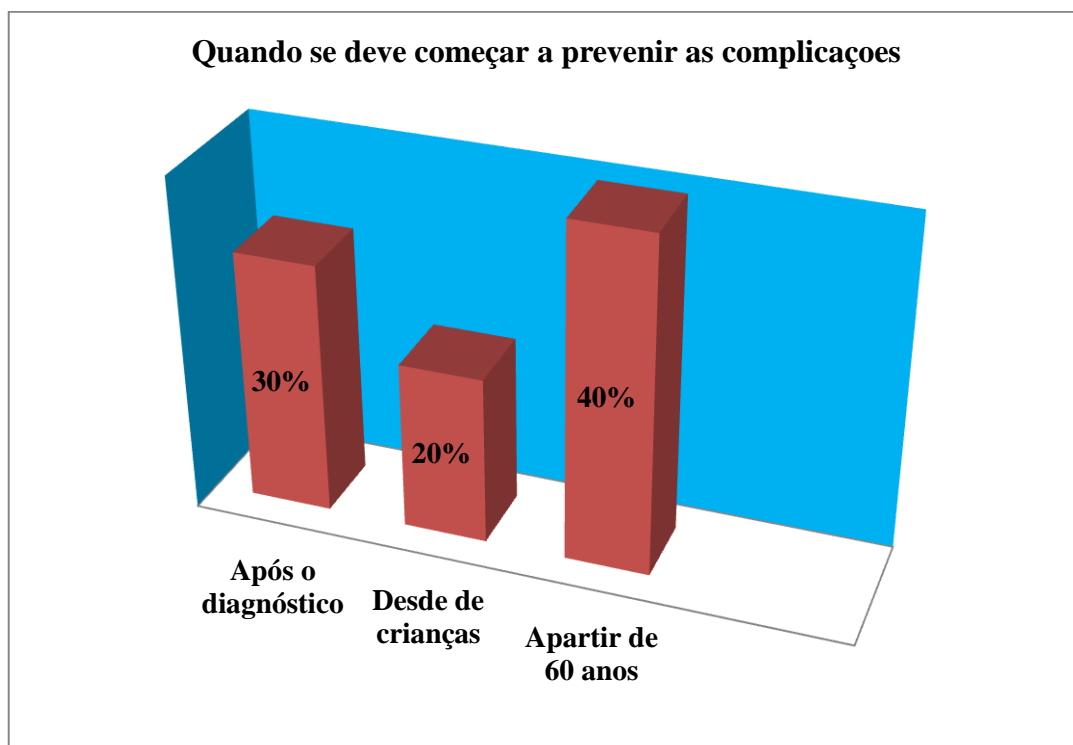


Gráfico: 3



ANEXO VII: Percentagem da opinião dos familiares

Gráfico 1

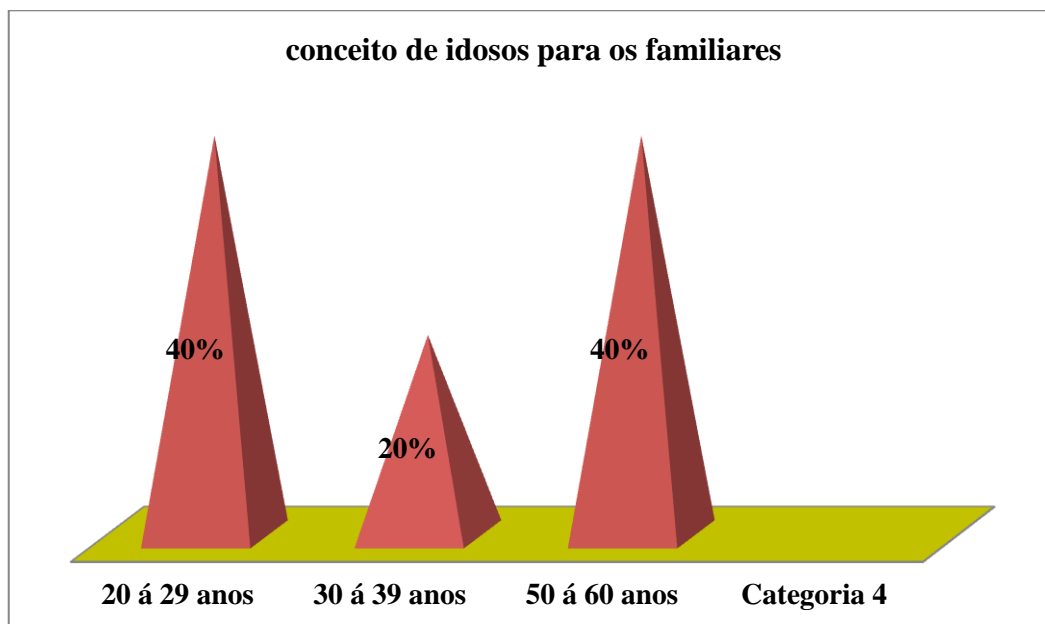


Gráfico: 2

